**Souhlas s umístěním studenta na Praxe RVS 4**

**Poskytovatel**

………………………………………………………………

se sídlem: …………………………………………………..

IČ: ………………………………………………………….

zapsaná v …………………………………………………..

zastoupená: ………………………………………………...

kontaktní osoba: ………………………………., e-mail: ………………………………………..,

tel.č.: ……………………………..

(dále jen „**Poskytovatel**“)

**Student**

Jméno a příjmení:………………………………………….

datum narození: ……………………………………………..

trvale bytem: …………………………………………………

UČO: ………………………………………………………...

Obor: Regenerace a výživa ve sportu

dále jen „**Student**“)

Masarykova univerzita

se sídlem: Žerotínovo nám. 9, 601 77 Brno, IČ: 00 216 224

Fakulta sportovních studií

adresa: Univerzitní kampus Bohunice, Kamenice 5, 625 00 Brno

kontaktní osoba: Iva Hrnčiříková e-mail: hrncirikova@fsps.muni.cz, tel: 737571224

Poskytovatel souhlasí s umístěním Studenta na praxi …Praxe RVS 4 u Poskytovatele.

Praxe bude realizována na adrese: …………………………………………………………………...

Období realizace praxe bude od …………………….. do………………… podle podmínek stanovených ve Smlouvě o zajištění spolupráce při realizace odborné praxe studentů FSpS MU uzavřené mezi Masarykovou univerzitou a Poskytovatelem dne ……...

V Brně dne:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**osoba oprávněná jednat jménem Poskytovatele Garant**

podpis a razítko organizace