

## 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 Hrnčířiková 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**

podpis a razítko organizace

---

**Garant**