# Žiadosť o výkon odbornej praxe

Meno:

Adresa:

Dátum narodenia:

E-mail:

Telefón:

# Nemocnica Bory

Ivana Kadlečíka 2

Lamač 841 03 Bratislava

Vec: Žiadosť o výkon odbornej praxe

dovoľujem si Vás požiadať o umožnenie absolvovania praxe v Nemocnici Bory na pracovisku xxxx. Som študentom xxxxx ročníka na xxxxxx fakulty xxxxx v xxx. Mám záujem o **xxxxx odbornú prax na oddelení - xxxxxx** v dátume od do xxxxx.

V Bratislave, dňa . .2025

**……………………………………………**

(Meno a podpis študenta)

**VYJADRENIE VEDENIA NEMOCNICE BORY:**

*Súhlasím s absolvovaním letnej praxe v Nemocnici Bory*

**………………………………………………….**