

V Z O R

Akceptační list a podmínky konání odborné praxe

Škola / adresa: (dále jen „Škola“)

Studijní obor:

druh vykonávané práce : odborná praxe v oboru farmacie

Student, který se účastní odborné praxe:

Jméno/Příjmení Datum narození..... Ročník studia:

.....

pracoviště: lékárna ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s. na adrese:

.....

Instruktor odborné praxe: kontakt: E-mail:

Zahájení odborné praxe (nástup na praxi):

Ukončení odborné praxe:

Denní délka odborné praxe / 8 hodin denně

rozvrh pracovní doby: _____ (30-minutová přestávka v práci se do pracovní doby nezapočítává)

Konkrétní rozvržení doby výkonu odborné praxe v jednotlivých dnech stanoví po nástupu na odbornou praxi instruktor odborné praxe s ohledem k pracovní době instruktora odborné praxe a v souladu s podmínkami praxe stanovenými UVLF

.....

Zástupce Školy pro praktickou výuku:-garant předmětu

Instruktor odborné praxe:

.....

Student potvrzuje, že se seznámil s obsahem Rámcové Smlouvy o obsahu a rozsahu praktické výuky (odborné praxi) studentů a o podmínkách jejího konání uzavřené dne mezi Školou a ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s., se sídlem Nové sady 996/25, Staré Brno, 602 00 Brno, IČO: 28511298, jakož i s tímto Akceptačním listem a podmínkami konání odborné praxe a s právy a povinnostmi z nich plynoucími, rozumí jim a zavazuje se jimi řídit a dodržovat je. Zároveň uděluje souhlas, aby Škola poskytla ČLH informace o tom, zda pokračuje ve studiu.

Zároveň Student souhlasí s poskytnutím osobních údajů v rozsahu: jméno, příjmení, e-mail a telefonní číslo, předpokladaný rok ukončení studia a předpokladaný termín praxe v ČLH.

Dne:

Podpis Studenta: