

**Dílčí smlouva č.
ke Smlouvě o zabezpečení odborné praxe studentů
ev.č. SM/ /
mezi**

**a
Městskou nemocnicí Ostrava, příspěvkovou organizací**

Místo praxe:	Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace	
Jméno pověřeného zaměstnance školy (garant):		
Jméno pověřeného zaměstnance MNO (školitele) ¹ :		
Obor studia:		
Ročník studia:		
Pracoviště odborné praxe:	Termín praxe:	Jména studentů:
Počet hodin praktické výuky celkem:		
Délka pracovní doby, včetně přestávek:		
Program a náplň praxe:		

V , dne

.....
odpovědná osoba objednatele

¹ Doložit souhlas vedoucího klinického pracoviště MNO s určením školitele