

Formulář účastníka stáže

Jméno, příjmení, tituly

datum narození

kontaktní adresa

email

pracoviště

Účel stáže

- laboratorní část ÚKBD
- osteocentrum

termín OD termín DO

Školitel

Účastnický poplatek hradí:

- organizace

název

adresa

IČO

- samoplátce

poznámka: