

Dotazník pro hodnocení žádosti o rezidenční místo pro obor pediatrie

1. Název akreditovaného zařízení – žadatele o rezidenční místo

2. Místo zajištění odborné praxe v oboru pediatrie, která ve vlastním specializovaném výcviku probíhá v délce min. 12 měsíců u registrujícího poskytovatele ambulantních zdravotních služeb v oboru pediatrie

- a. Název poskytovatele zdravotních služeb

- b. Místo poskytování zdravotních služeb (adresa)