

Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc, IČO 61989592

zastoupená prof. MUDr. Milanem Kolářem, Ph.D., děkanem
(dále jen Lékařská fakulta UP)

a

VYPLŇTE název a adresu (včetně PSČ) ordinace, zdravotnického zařízení
.....

zastoupená **jméno podepisující osoby**
.....

(dále jen zdravotnické zařízení)

uzavírají

S M L O U V U **o zajištění praxe vysokoškolských studentů**

Zdravotnické zařízení se zavazuje zajistit praxi studenta

jméno, příjmení, ročník, studijní program
.....

(jméno, příjmení, ročník, studijní program)

v době od **termín praxe** do

za následujících podmínek:

1. Zajistí praxi v oborech**obor nebo oddělení**dle požadavku LF UP, v rámci předmětu: / **zkratka předmětu**
2. Po dobu praxe poskytne odborné konzultace a pomoc a zajistí odborný dohled.
3. Umožní studentům účast na konaných seminářích a studium v knihovně.
4. Umožní pracovníkům školy kontrolu praxe.
5. Po ukončení praxe zpracuje vyhodnocení, v němž posoudí celkově studentovu práci.
6. Před zahájením praxe zajistí seznámení studentů se zásadami BOZP, což student stvrdí svým podpisem.

Lékařská fakulta UP

1. Zajistí poučení studenta o povinnosti dodržovat pracovní kázeň a respektovat předpisy a opatření, platná ve zdravotnickém zařízení.
2. Poučí studenta o nutnosti doložit potvrzení o přeočkování proti infekční hepatitidě typu B.
3. Zajistí pojištění odpovědnosti za škody vzniklé jiné osobě z činnosti studenta.

V Olomouci dne

datum, razítko a podpis
zdravotnického zařízení
.....

.....
prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D., děkan

2x originál podepsané smlouvy odevzdejte k zajištění podpisů za LF, následně bude jedno vyhotovení poštou odesláno zdr. zařízení.