



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

PŘIHLÁŠKA

PROGRAM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ
UNIVERZITA TŘETÍHO VĚKU

2. Lékařská fakulta	
Název programu:	VÝZNAM PREVENCE V MEDICÍNĚ
Akademický rok:	2016/2017

Titul:	Jméno:	Příjmení:	Titul:	Rodné příjmení:	Rodné číslo:
Datum narození:		Místo narození:		Státní příslušnost:	
Adresa trvalého pobytu:					
Kontaktní adresa (uvést pokud není shodná s adresou trvalého pobytu):					
Telefon:			E-mail:		
Rok vykonání maturitní zkoušky:			Nejvyšší dosažené vzdělání:		

Stvrzuji svým podpisem správnost výše uvedených údajů.

V Praze, dne

.....
podpis zájemce

Podpisem přihlášky souhlasím se zpracováním, shromažďováním a uchováváním výše uvedených osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

2. LF UK
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 - Motol
tel. +420 224 435 827
e-mail: jitka.stulikova@lfmotol.cuni.cz



UNIVERZITA
KARLOVA
V PRAZE