



## ŽÁDOST O UDĚLENÍ ZÁŠTITY LÉKAŘSKOU FAKULTOU V PLZNI

ÚČEL AKCE

POŘADATEL (ÚSTAV, KLINIKA, JINÝ SUBJEKT)

KONTAKTNÍ OSOBA

TELEFON

E-MAIL

TERMÍN KONÁNÍ

	DATUM	ČAS
OD		
DO		

POŽADAVEK NA PROSTORY FAKULTY

<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	KTERÉ	
---	-------	--

POŽADAVEK NA OSOBNÍ ÚČAST ZÁSTUPCE LÉKAŘSKÉ FAKULTY

<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	SPECIFIKACE	
---	-------------	--

POŽADAVEK NA OBSLUHU AUDIOVIZUÁLNÍ TECHNIKY (CIT)

<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	SPECIFIKACE	
---	-------------	--

POŽADAVEK NA TECHNICKÉ SLUŽBY (PTO)

<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	SPECIFIKACE	
---	-------------	--

PODPIS ŽADATELE / OZNAMOVATELE

DATUM

SCHVALOVACÍ PROCES

PRODĚKAN PRO ROZVOJ A VNĚJŠÍ VZTAHY	SCHVÁLENÍ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	DATUM / PODPIS	
TAJEMNICE FAKULTY	SCHVÁLENÍ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	DATUM / PODPIS	

