



příloha č. 3 dohody č.:	ZLA-MN-280/2016	POVEZ II (CZ.03.1.52/0.0/0.0/15_021/0000053)	Čas výuky od - do:	8:00-18:00; 8:00-12:30															
Plánovaný harmonogram vzdělávací aktivity																			
Zaměstnavatel:	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	IČO:	276 61 989	Místo výuky:															
Název vzdělávací aktivity:	Licencovaný ATLS (Advanced Trauma Life Support) kurz			XXXX															
PČ	Zaměstnanec (příjmení, jméno, titul)	Datum narození	Harmonogram (dny, ve kterých se koná vzdělávací aktivita)*																
1	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
2	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
3	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
4	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
5	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
6	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
7	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
8	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
9	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
10	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
11	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
12	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
13	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
14	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
15	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
16	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
17	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
18	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
19	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														
20	XXXX	XXXX	9.11.2016	10.11.2016	11.11.2016														

Vyplňte pouze bílá pole

* V případě, že vzdělávací aktivita bude probíhat v určitém termínu denně, vypište do prvního sloupce datum od-do (např. 1.8.2016-20.8.2016).

V případě, že vzdělávací aktivita bude probíhat nepravidelně nebo pouze v určitý den v týdnu, vypište jednotlivé dny do připravených sloupců.

Datum:	8.11.2016
Vyřizuje:	XXXX
Číslo telefonu:	XXXX
Email:	XXXX

jméno, příjmení, funkce a podpis oprávněné osoby (razítko)	Ing. Pavel Calábek, předseda přestavenstva
	doc. MUDr. Tomáš Gabrhelík, Ph.D., člen představenstva