FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA

| | |
|---|---|
| **Jméno studenta:** | |
| **Adresa:** | |
| **Telefonní číslo:** | |
| **e-mail:** | |
| **Název lékařské fakulty, ročník:** | |
| **Název pracoviště:** | |
| **Zdůvodnění zájmu o vybraný obor:** | |
| | |
| | |
| | |

Datum: Podpis studenta:

Vyjádření přednosty, primáře k žádosti: _____