## 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: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |