

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA

| | |
|---|--|
| Jméno a příjmení studenta: | |
| Adresa: | |
| Telefonní číslo: | |
| E-mail: | |
| Název univerzity a fakulty, obor a ročník: | |
| Název pracoviště: | Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství |
| Zdůvodnění zájmu o vybraný obor: | |
| | |
| | |
| | |

Datum:

Podpis studenta:

Reference vyučujícího daného oboru: _____

Vyjádření vedoucího fyzioterapeuta: _____



Fakultní nemocnice Ostrava

17. listopadu 1790/5 / 708 52 Ostrava-Poruba

Telefon: +420 597 371 111

E-mail: posta@fno.cz / www.fno.cz / datová schránka: u2nmpm2

DIČ: CZ00843989 / IČO: 00843989

Číslo účtu: ČNB Ostrava, 66332761/0710