

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA

Jméno a příjmení 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: _____



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