



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI - LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Žádost o poskytnutí mimořádného stipendia (zahraniční mobilita v r. 2017)

Žadatel

Jméno a příjmení: _____
Adresa: _____
E-mail: _____
Tel. číslo: _____
Osobní číslo, ročník: _____
Obor studia: _____

Pokud Vám již bylo v minulých letech poskytnuto stipendium na zahraniční mobilitu, uveďte prosím, v kterém roce a v jaké výši Vám bylo stipendium poskytnuto:

Přijímající instituce

Název: _____
Adresa: _____

Země: _____
Termín pobytu: _____
Typ mobility: mobilita studentů Zubního lékařství
mobilita studentů Všeobecného lékařství – free-movers/IFMSA

Datum:

Podpis: