



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI – LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Žádost o poskytnutí mimořádného stipendia (zahraniční mobilita v r. 2024)

Žadatel

Jméno a příjmení: _____
Adresa: _____
E-mail: _____
Tel. číslo: _____
Osobní číslo, ročník: L _____
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/
(nehodící se škrtněte) mobilita studentů Všeobecného lékařství – free-movers/IFMSA

Datum:

Podpis: