

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA

Jméno studenta:	
Datum a místo narození:	
Státní příslušnost:	
Trvale bytem:	
Kontaktní adresa:	
Telefonní číslo:	
E-mail:	
Číslo účtu pro zasílání stipendia:	
Název lékařské fakulty:	
Ročník:	
Mám zájem o obor:	
Zdůvodnění zájmu o vybraný obor:	

Datum:

Podpis studenta*:

* Student svým podpisem souhlasí se zpracováním výše uvedených osobních údajů v souladu s čl. V Smlouvy o poskytnutí stipendia dostupné elektronicky na adrese <https://www.nempt.cz/zdravotnici/stipendijni-program/>