### Formulář dalších povinných údajů k žádosti

### Zvolte položku. DOTACE KARLOVARSKÉHO KRAJE

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele |  |
| Datum narození žadatele |  |
| Zaměstnavatel – nemocnice na území Karlovarského kraje |  |
| Výše úvazku v nemocnici |  |
| Pracoviště v nemocnici – oddělení |  |
| Úplný název studované vysoké školy |  |
| Adresa vysoké školy (ulice č.p./o.č., PSČ, město) |  |
| Úplný název fakulty |  |
| Úplný název studijního programu |  |
| Kód studijního programu |  |
| Ročník | Zvolte položku. |
| Akademický rok, na který je dotace požadována |  |

Datum vyhotovení: Klikněte nebo klepněte sem a zadejte datum.

…..…..…..…..…..…..

podpis žadatele