# **Přihláška**

## k účasti na studentské vědecké odborné činnosti FZV v akademickém roce 2016/2017

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení uchazeče:**  |  |
| **Studijní obor:**  |  |
| **Ročník studia v ak. roce 2016/17:**  |  |
| **E-mail:**  |  |
| **Tel. /mob.**  |  |
| **Adresa bydliště:**  |  |
|   |  |
| **Ústav:**  |  |
| **Téma práce:**  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Školitel:**  |  |
| **E-mail školitele:**  |  |
| Datum a podpis školitele: |  |
| Vyjádření přednosty ústavu/kliniky:  |  |
| Datum a podpis přednosty: |  |