# **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: |  |