

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA

Žádám o stipendium v rámci Stipendijního programu AGEL ve školním roce: /

INFORMACE O ŽADATELI

Tituly, jméno a příjmení: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

.....

Kontaktní adresa¹⁾:

.....

Telefon: E-mail:

¹⁾ Vyplňte jen v případě, že je odlišná od adresy trvalého bydliště.

INFORMACE O ŠKOLE A STUDIU

Název a sídlo školy:

Fakulta (pouze v případě VŠ):

Obor studia:

Ročník studia: / Studijní průměr žadatele za poslední absolvovaný ročník:

INFORMACE O BUDOUCÍM UPLATNĚNÍ

Mám zájem nastoupit do Stipendijního programu AGEL ve spolupráci s tímto zdravotnickým zařízením: (napíšte nemocnici, polikliniku, laboratoř aj. společnost v rámci skupiny AGEL, do které máte zájem nastoupit po ukončení stipendijního programu):

V případě zájmu uveďte i budoucí pracoviště (2 – 3 oddělení), kde byste chtěl/la v budoucnu pracovat. Medici prosím vyplní preference oboru, ve kterém budou mít zájem se specializovat. Tato skutečnost je pro dané zdravotnické zařízení pouze informativní a není závazné.

.....

.....

Beru na vědomí Zásady zpracování osobních údajů pro Stipendijní program AGEL zveřejněné na internetových stránkách AGEL a.s. v sekci O nás – Ochrana osobních údajů.

Dne

Podpis studenta

AGEL a.s.

Jungmannova 28/17, 110 00 Praha 1, Nové Město, tel: +420 582 315 920, fax: +420 582 315 952, e-mail: sekretariat@agel.cz, společnost zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 20225. Bankovní spojení: ČSOB, a.s., číslo účtu: 17869423/0300, IČ: 00534111, DIČ: CZ 699000899, www.agel.cz, ID datové schránky: zfgcmfa