



CHARLES UNIVERSITY
Faculty of Medicine in Pilsen
alej Svobody 76, 323 00 Plzeň
ID: 002 16 208

ŽÁDOST REQUEST

JMÉNO STUDENTA (PŘÍJMENÍ, KŘESTNÍ JMÉNO) / STUDENT'S FULL NAME (LAST NAME, MIDDLE NAME, FIRST NAME)

OSOBNÍ ČÍSLO / PERSONAL ID ¹	DATUM NAROZENÍ / BIRTHDATE	AKADEMICKÝ ROK / ACADEMIC YEAR	ROČNÍK A OBOR STUDIA / YEAR OF STUDY AND FIELD OF STUDY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLATNÁ EMAILOVÁ ADRESA A TELEFONNÍ ČÍSLO STUDENTA / VALID STUDENT'S EMAIL ADDRESS AND PHONE NUMBER

DŮVOD ŽÁDOSTI - VYBERTE A OZNAČTE NÍŽE / REASON OF THE REQUEST - CHOOSE AND MARK BELLOW

platba školného ve dvou splátkách / payment of tuition fee in two installments
přerušeni studia / interruption of study
ukončení studia / termination of study
individuální studijní plán (ISP) / individual study plan (ISP)
jiné záležitosti související se studiem / other study issues

TEXT A ZDŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI / TEXT AND JUSTIFICATION OF THE REQUEST

DATUM / DATE	PODPIS / SIGNATURE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aby byla žádost přijata k vyřízení, všechny položky tohoto formuláře musejí být úplně a čitelně vyplněny.
To accept and process the request, all items of this form must be completely and legibly filled-in.

¹ Pod fotografií na vaší ISIC. / Find under the photo on your ISIC card.