MUNI
MED

OMLUVA ABSENCE

Jméno a příjmení studenta:

UČO: **Akademický rok**:

Ročník studia:

Doba trvání absence:

od: do:

Důvod absence:

(vyplní lékař, či jiná instituce, která omluvenku potvrzuje)

Datum

Razítko a podpis:

Masarykova univerzita, Lékařská fakulty
Kamenice 753/5, 625 00 Brno, Česká republika
T: +420 549 49 2910, E: info@med.muni.cz, www.med.muni.cz
Bankovní spojení: KB Brno-město, ČÚ: 85636621/0100, IČ: 00216224, DIČ: CZ00216224
Masarykova univerzita, Lékařská fakulta