

Přihláška ke státní rigorózní zkoušce

Jméno a příjmení:.....

UČO:.....

Adresa:.....

Podávám závaznou přihlášku ke státní rigorózní zkoušce v magisterském programu
Zubní lékařství, oboru Zubní lékařství, konané v jarním semestru akademického
roku 2019/2020 na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity.

V Brně dne.....

.....
podpis studenta

*Pozn.: Přístup k SRZ je podmíněn splněním všech podmínek daného programu a oboru, tj. úspěšným ukončením
všech předepsaných předmětů a dosažením stanoveného počtu kreditů.*

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta

Kamenice 753/5, 625 00 Brno, Česká republika

T: +420 549 49 6855, E: studijni@med.muni.cz, www.med.muni.cz

Bankovní spojení: KB Brno-město, ČÚ: 85636621/0100, IČ: 00216224, DIČ: CZ00216224

V odpovědi, prosím, uvádějte naše číslo jednací.