



# VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

**Žádost o .....**

**Příjmení, jméno -----**

**Bydliště -----**

**Studijní program ----- Studijní skupina -----**

**Předmět žádosti**

-----  
-----  
-----

**Datum: .....**

**Podpis: .....**

**Stanovisko ředitele:**

**ANO**

**NE**

**Podpis: .....**