ANKIETA INFORMACYJNA O STUDENCKIM KOLE NAUKOWYM

**Należącego do Towarzystwa Naukowego Studentów Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu**

**Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego**

|  |
| --- |
| 1 INFORMACJE OGÓLNE |
| **1.1. Data wypełnienia ankiety:**  |  |
| **1.2. Pełna Nazwa SKN:** |  |
| **1.3. Nazwa Skrócona SKN:** |  |
| **1.4. Opiekun SKN:** |  |
| **1.5. Pełna nazwa katedry/zakładu przy której działa SKN:** |  |
| **1.6. Opiekun SKN:**  |  |
| 2. PRZEWODNICZĄCY STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO |
| 2.1. Imię i nazwisko: |  |
| 2.2. Kierunek studiów i rok: |  |
| 2.3. Adres e-mail do komunikacji: |  |
| 2.4. Numer kontaktowy: |  |
| 2.5. Czy Przewodniczący wyraża zgodę na przetwarzanie swojego numeru kontaktowego przez Towarzystwo Naukowe Studentów WLiNoZ KAAFM: | **TAK / NIE** |
| 2.5. Czy Przewodniczący wyraża zgodę na przetwarzanie swojego adresu e-mail przez Towarzystwo Naukowe Studentów WLiNoZ KAAFM: | **TAK / NIE** |
| 2.6. Data wyboru przewodniczącego SKN: |  |
| 2.7. Data następnych wyborów przewodniczącego SKN: |  |
| **3. DZIAŁALNOŚCI SKN** |
| **3.1. Skrócony opis planowanej działalności w roku akademickim złożenia ankiety:** |
|  |
| **3.2. Czy SKN planuje włączenie w pracę studentów z kierunków Anglojęzycznych:** | **Tak / Nie** |
| **3.3.Jeżeli w polu 4.2 odpowiedziano Nie prosimy o podanie uzasadnienia:** |  |
| **3.4. Czy SKN ustala limit przyjęcia liczby członków:** | **Tak / Nie** |
| **3.5. Limit członków (jeżeli dotyczy):** |  |
| **3.6. Ilość członków SKN:** |  |
| **3.7. Kryteria przyjęcia do SKN (jeżeli dotyczy):** |  |
| **3.8. Pozostałe informacje dotyczące funkcjonowania SKN (zmiany jakie zaszły w SKN od zeszłego roku):** |  |