**Plná moc**

Já, ...................................................................................................................,

*(titul, jméno a příjmení)*

níže podepsaný/á,

narozen/á dne............................................ v..........................................................,

zmocňuji pana/paní

...........................................................................................................................,

*(titul, jméno a příjmení)*

narozeného/nou...................................

bytem ...............................................................................................................,

............................................................................................................................

k převzetí vysokoškolského diplomu vydaného Univerzitou Karlovou, jakožto dokladu o absolvování doktorského studijního programu …………………………….............................................................

na 2. lékařské fakultě včetně dodatku k diplomu zmocnitele a ke všem úkonům s převzetím souvisejícím.

Tato plná moc je vyhotovena v českém jazyce.

V..................... dne. .......................................

 ………………………………………….

*(jméno a příjmení)*