****

Oddělení Ph.D. studia

****

**Akademický rok ………./……….**

**P O T V R Z E N Í**

Děkanát 2. lékařské fakulty potvrzuje, že pan(í) ……………………………………………………………

Narozen(a) dne ………………………………… v ……….………………………………………..

je studentem(kou) doktorského studijního programu ……………………………………….………….

v … roce studia v **prezenční / kombinované** formě.

Toto potvrzení se vydává z důvodu …………………………………………………………………………

V Praze dne ……………………………

 ……………………………………………

 razítko a podpis