

Plná moc

Já,

níže podepsaný/á,

narozen/á dne..... V.....,

zmocňuji pana/paní

.....,

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.

V..... dne

.....