**Plná moc**

Já, níže podepsaný/á, …….........................................................................................................,

narozen/a dne ........................................ v ……………………........................................................,

bytem ..……………………………………………………………………………………………………………………………….,

zmocňuji pana/paní ..................................................................................................................

narozeného/nou dne ...............................................................................................................,
bytem ..…………..……..………………..…………….................................................................................

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

k zápisu do 1. ročníku studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a ke všem úkonům se zápisem souvisejícím.

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

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

Podpis