



UNIVERZITA KARLOVA
Lékařská fakulta v Plzni
alej Svobody 76, 323 00 Plzeň
IČO: 002 16 208

PLNÁ MOC K PŘEVZETÍ VYSOKOŠKOLSKÉHO DIPLOMU POWER OF ATTORNEY TO COLLECT UNIVERSITY DIPLOMA

Já,

I,

CELÉ JMÉNO / FULL NAME

níže podepsaný/á,

the undersigned,

DATUM NAROZENÍ
/ BIRTHDATE

MÍSTO NAROZENÍ / BIRTHPLACE

zmocňuji pana/paní

hereby appoint

CELÉ JMÉNO / FULL NAME

DATUM NAROZENÍ
/ BIRTHDATE

ADRESA TRVALÉHO POBYTU / PERMANENT ADDRESS

k převzetí vysokoškolského diplomu vydaného UK,
jakožto dokladu o absolvování (bakalářského / ma-
gisterského / doktorského) studijního programu

to collect my university diploma issued by Charles
University, as a proof of completion of (Bachelor's
/ Master's / Doctor's) study programme

STUDIJNÍ PROGRAM PŘÍP. OBOR / STUDY PROGRAMME OR FIELD OF STUDY

na

at the

UNIVERZITA, FAKULTA / UNIVERSITY, FACULTY

včetně dodatku k diplomu zmocnitele a ke všem
úkonům s převzetím souvisejícím.

including the Diploma Supplement and to all acts
related to receiving the diploma and to perform on
my behalf any other related tasks.

Tato plná moc je vyhotovena v českém a anglickém
jazyce.

The power of attorney is issued in Czech and Eng-
lish language.

V/VE / IN

DNE / ON

PODPIS / SIGNATURE