

SPLNOMOCNENIE

Meno a priezvisko:

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo:

Adresa:

Číslo OP/pasu:

Telefón:

Email:

splnomocňujem

Meno a priezvisko:

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo:

Adresa:

Číslo OP/pasu:

Na zápis do ročníka denného magisterského štúdia v študijnom programe Farmácia na Farmaceutickej fakulte UK v akademickom roku 2017/2018 a s tým spojených úkonov.

V Bratislave dňa

Meno a priezvisko + podpis