



I:

Name	Tvoje meno		CPR number	1, 2, 1, 0, 9, 8 - 0, 0, 0, 0
Date	Signature		dátum narodenia + 0000	
7.1.2019	tvoj podpis 			

**grand power of attorney to:**

Name				SCANDINAVIAN STUDY SLOVAKIA
Address				CUKROVA 14
Postal code	81108	City	BRATISLAVA	Phone number
				+421 917 181 408
Mobile phone number	+421 917 181 408		E-mail	eva@scandinavianstudy.com
Date	Signature			
7.1.2019				

**In the application year**

2	0	1	9
---	---	---	---

**on my behalf to apply for higher education in the sated priority. I also grand power of attorney to accept an offered study place**

Priority	Admission area no.	Name of programme	Education institution	Standby (mark if applied)
1	M	Názov študijného odboru	Názov školy	Nevyplňuj
2	M	Názov študijného odboru	Názov školy	Nevyplňuj
3	Nevyplňuj	Názov študijného odboru	Názov školy	Nevyplňuj
4	Nevyplňuj	Názov študijného odboru	Názov školy	Nevyplňuj
5	Nevyplňuj	Názov študijného odboru	Názov školy	Nevyplňuj
6				
7				
8				