**PLNÁ MOC / *POWER OF ATTORNEY***

**ZMOCNITEL / *THE PRINCIPAL***

(právnická osoba, fyzická podnikající osoba / *legal person, natural person-entrepreneur*)

Název / *Name:*

Adresa sídla/ *Registered office address*:

IČO / *Chamber of Commerce and Industry/Professional Chamber of Commerce* *Registration number:*

(dále jen „Zmocnitel“ / *hereinafter referred to as the “Principal*”)

tímto

**ZMOCŇUJE**

dle § 33 odst. 2 písm. a) zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů /

*pursuant to Section 33(2)(a) of Act No. 500/2004 Coll., the Code of Administrative Procedure, as amended,*

*hereby*

***AUTHORISES***

**ZMOCNĚNCE / THE AGENT**

(fyzickou soba; fyzickou podnikající osobu; právnická osobu / natural person; natural person-entrepreneur; legal person)

Název / *Name:*

Adresa trvalého bydliště; adresa sídla / *Permanent address; registered office address*:

IČO; datum narození / *Chamber of Commerce and Industry/Professional Chamber of Commerce* *Registration number; date of birth:*

(dále jen „Zmocněnec” / *hereinafter referred to as the “Agent”)*

aby Zmocnitele zastupoval ve věci založení účtu Zmocnitele v Informačním systému zdravotnických prostředků / *Act on behalf of the Principal in matters concerning creating an Principal´s account on the Medical device information system.*

Tato plná moc se řídí a je vykládána v souladu s právem České republiky / *This Power of Attorney shall be governed by and interpreted in compliance with the legislation of the Czech Republic*.

V / Done in ……………. Dne / on …………

Podpis zmocnitele / *Principal´s signature*:

Jméno a funkce / *Name and position*:

Plnou moc přijal / *The Power of Attorney has been accepted by*

Jméno a funkce / *Name and position*: