

POVĚŘENÍ ZAMĚŠTNANCE / POWER OF ATTORNEY FOR THE DESIGNATED STAFF MEMBER

ZMOCNITEL / THE PRINCIPAL

(právnícká 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

NÍŽE UVEDENÉHO ZAMĚŠTNANCE JAKO ZMOCNĚNCE / THE STAFF MEMBER DESIGNATED BELOW AS THE AGENT

Jméno a příjmení / *Name:*

Pracovní pozice / *Job Title:*

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

aby Zmocnitele zastupoval ve věci podání žádosti o přístup do Informačního systému zdravotnických prostředků. / *To act on behalf of the Principal in matters concerning the submission of an application for access to the Medical Devices 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:*