**POVĚŘENÍ ZAMĚSTNANCE / EMPLOYEE AUTHORISATION**

Pověřujeme tímto našeho zaměstnance / We hereby authorize our employee*.......................(jméno a příjmení, pracovní pozice / name and surname, job title)*, aby jednal za společnost / to act on behalf of....................*(název společnosti, sídlo dle OR, IČO / company name, registered office, company ID number)* ve věci podání žádosti o přístup do Informačního systému zdravotnických prostředků / in the matter concerning the submission of an application for access to the Medical Device Information System.

V / Done in......................dne / On*......................* *......................(podpis statutárního zástupce spol. / signature of the statutory representative of the company)*

 ......................*(jméno a příjmení, funkce / name and surname, job title)*