**PLNÁ MOC**

**Zadavatel**

Název společnosti……………………………………………………………………………………………………………………

Adresa sídla…………………………………………………………………………………………………………………………….

IČO………………………………………………………………………………………………………………………………………

(dále jen „Zmocnitel“)

tímto

**ZMOCŇUJE**

**Zmocněnec dle článku 62 odst. 2 MDR**

Název společnosti…………………………………………………………………………………………………………………

Adresa sídla…………………………………………………………………………………………………………………………

IČO…………………………………………………………………………………………………………………………………………

(dále jen „Zmocněnec“)

aby Zmocnitele zastupoval v souladu s čl. 62 odst. 2 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2017/745 ze dne 5. dubna 2017 o zdravotnických prostředcích, změně směrnice 2001/83/ES, nařízení (ES) č. 178/2002 a nařízení (ES) č. 1223/2009 a o zrušení směrnic Rady 90/385/EHS a 93/42/EHS (dále též jen „MDR“) ve vztahu ke klinické zkoušce (doplňte specifikaci – název KZ, číslo protokolu)

Zmocněnec je / není oprávněn pověřit na základě substituční plné moci jinou osobu, aby za Zmocněnce v rozsahu jeho zmocnění uvedeného v této plné moci jednala.

Tato plná moc se řídí a je vykládána v souladu s právem České republiky.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zmocnitele:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno

Funkce