

CZ:

Vzor prezidiální plné moci pro ohlašování zařazení, vyřazení nebo změny zařazení zdravotnického prostředku do úhradové skupiny a pro veškerá další jednání za výrobce zdravotnického prostředku v rozsahu části VII. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Vzor této plné moci není závazný.

Plná moc může být předložena jako originál, úředně ověřená kopie, Ústav je však podle ustanovení § 39r odst. 5 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. povinen vyžadovat minimálně předložení kopie úředně ověřeného zmocnění. Podpis zmocnitele na plné moci musí být úředně ověřen. Plná moc zůstává po předložení uložena ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „SÚKL“).

EN:

Specimen of the permanent general Power of Attorney for announcements of inclusion, exclusion or change of classification of medical devices to a reimbursement group and for further negotiations on behalf of the Producer of the medical devices within the scope of Part VII. Act No. 48/1997 Coll., on public health insurance and on amendments and supplements to certain related acts, as amended.

The specimen of this Power of Attorney is not binding.

The Power of Attorney may be submitted as an original, officially certified copy. However, the State Institute for Drug Control is obliged by law (§ 39r par. 5 d)) to require at least copy of an officially authenticated authorization. The signature of the Principal has to be officially certified. The Power of Attorney has to be deposited in the State Institute for Drug Control (hereinafter referred to as “SÚKL”).

Vzor plné moci/Specimen of the Power of Attorney:

Verze 2.0 s platností od 01. 04. 2020

PLNÁ MOC

Společnost/fyzická osoba:

(vyberte příslušnou variantu s ohledem na skutečnost, je-li zmocnitelem právnická osoba, fyzická osoba – podnikatel nebo fyzická osoba a tuto osobu dále řádně identifikujte)

Adresa:
IČO:

Jednající:
XY, ...

(uveďte osobu jednající za společnost, která bude níže podepisovat: titul, jméno a příjmení této osoby + údaj o funkci)

(dále jen „**Zmocnitel**“)

Zplnomocňuje tímto v souladu s ustanovením §33 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů,

společnost/podnikající fyzickou osobu/pana/paní:

Adresa:
IČO:

(dále jen „**Zmocněnec**“)

K výhradnímu zastupování ve všech jednáních se SÚKL a zdravotními pojišťovnami podle části VII. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zejména ke všem ohlášením zařazení / změny / vyřazení zdravotnických prostředků, cenotvorby, k výběru úhradové skupiny zdravotnického prostředku, ke všem správním řízením o vyřazení zdravotnických prostředků z úhradové skupiny, ke všem správním řízením o zařazení zdravotnických prostředků do skupin zaměnitelných zdravotnických prostředků v rámci příslušné úhradové skupiny.

POWER OF ATTORNEY

Company:

Address:
Company reg. no.:

Represented by:
XY, ...

(please state the person acting on behalf of the company who will sign below: title, name and surname of this person + indication of the position)

(hereinafter the "**Principal**")

Authorizes in accordance with the provisions of Section 33 of Act no. 500/2004 Coll., The Administrative Code, as amended,

Company:

Address
Company reg. no.

(hereinafter the "**Agent** ")

Representation in all negotiations with SÚKL and health insurance companies under Part VII. Act No. 48/1997 Coll. on public health insurance and on amendments and supplements to certain related acts, as amended, in particular all announcements of inclusion / change of classification / exclusion of medical devices, pricing, selection of reimbursement group of medical devices, all administrative procedures for exclusion of medical devices, all administrative procedures for the inclusion of medical devices in groups of interchangeable medical devices within the relevant reimbursement.

Dále zmocněnce zplnomocňuje k ...
(Volitelné)

In addition, the Agent is authorized to ...
(Optional)

Tato plná moc je platná po dobu let
ode dne jejího podpisu a po ukončení
automaticky vyprší.
*(Variabilní. Plná moc toto ustanovení může,
ale nemusí obsahovat.)*

This Power of Attorney shall be valid for
years from the date of its signature and shall upon
termination automatically expire.
(Optional)

Zmocnitel může tuto plnou moc kdykoliv
odvolat na základě vlastního uvážení.

The Principal may revoke this Power of Attorney at
any time in its sole discretion.

V Londýně dne / In London on _____

Zmocnitel / Principal:

CZ:

(vlastnoruční podpis osoby oprávněné za zmocnitele plnou moc udělit)

Podpis musí být úředně ověřen!

.....

titul, jméno a příjmení této osoby + u právnických osob údaj o funkci (např. jednatel)

název společnosti

EN:

(handwritten signature of the person empowered to grant the Power of Attorney)

The signature must be officially verified!

.....

title, name and surname of this person + information about the function (e.g. executive director)

Company name