

**PLNÁ MOC / POWER OF ATTORNEY**

**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**

**ZMOCNĚNCE / THE AGENT**

(fyzickou soba; fyzickou podnikající osobu; právnícká 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:*