**P L N O M O C E N S T V O**

 **VZOR**

***POWER OF ATTORNEY***

***TEMPLATE***

|  |  |
| --- | --- |
| Splnomocniteľ:Spoločnosť**.................................................**, so sídlom ........................................., identifikačné číslo............. (ďalej len „splnomocniteľ“)**týmto splnomocňuje**Splnomocnenca:*Spoločnosť (názov spoločnosti, sídlo a identifikačné číslo)**alebo**fyzickú osobu.( meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu)\** (ďalej len „splnomocnenec“)na ...............................*(napr. všetky právne úkony voči Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv alebo na konkrétne právne úkony, konkrétne správne konanie (konkrétne vymedziť rozsah) \**[Splnomocniteľ súhlasí, aby si splnomocnenec za seba ustanovil zástupcu, ktorý bude konať namiesto neho v mene Splnomocniteľa, a to v celom rozsahu tohto plnomocenstva a ak ich ustanoví viac, súhlasí, aby každý z nich konal samostatne.] Toto plnomocenstvo je platné odo dňa jeho podpisu až do jeho odvolania./ Platnosť tohto plnomocenstva je časovo obmedzená na dobu určitú do DD.MM.RRRR.\*Táto plná moc nahradzuje všetky predchádzajúce v danom rozsahu.\*Toto splnomocnenie je platné pre všetky prebiehajúce konania.\*V prípade akýchkoľvek rozdielov medzi slovenským a anglickým znením splnomocnenia je rozhodujúce slovenské znenie. | Principal (registration holder): We,company **............................................,** with registered office at................................... ID number**..............****hereby authorise**Authorized person:*company (company name, registered office and identification number)**or**natural person. (name, surname, date of birth, address of permanent residence)\**to ......................................*(e.g. all legal acts towards the State Institute for Drug Control (SIDC) or for specific legal acts, specific administrative proceedings (specifically define the scope))\**[The authorised representative may delegate this authorisation to another person to represent them in full scope of granted authorisation by this document. If the authorised representative delegates this authorisation to more persons each of them is entitled to act independently.]This power of attorney shall be in force since the date of signature and shall remain in force until and unless terminated./The validity of this power of attorney is limited to a certain period until DD.MM.YYYY.\*This power of attorney shall replace all previous powers of attorney issued in the same scope.\*This power of attorney shall be in force for all ongoing procedures.\*In case of any differences between the Slovak and English versions of the Power of Attorney, the Slovak version shall prevail. |

V / *In* ............................

Dňa / *Date* ...........................

 **.........................................................................**

 **Splnomocniteľ / Principal**

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

\*použiť, prípadne doplniť, iba vyhovujúce možnosti/*to be used, possibly supplement, as appropriate*