INTEGROVANÝ REGIONÁLNÍ OPERAČNÍ PROGRAM

SPECIFICKÝ CÍL SC 6.1 REACT - EU

průběžná výzva č. 98

PŘÍLOHA Č. 1

**plná moc**

**Plná moc**

Já, níže podepsaný statutární zástupce Fakultní nemocnice Olomouc, IČ 00098892, se sídlem I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc

Jméno a příjmení, datum narození: prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.,

**uděluji plnou moc**

Jméno a příjmení, datum narození: Bc. Jitce Mokrášové, 10.2.1990

k tomu, aby mne zastupovala u projektu s názvem „Rozvoj diagnostických pracovišť“, hash kód projektové žádosti ……………………, ve věci:

[x] Podepisování žádosti o podporu

**[x]** Podepisování žádosti o platbu

**[x]**  Podepisování zprávy o realizaci

**[x]**  Podepisování zprávy o udržitelnosti

**[x]**  Podepisování žádosti o změnu

Tato plná moc se uděluje na dobu neurčitou.

V Olomouc dne

Podpis zmocnitele:

Výše uvedené zmocnění přijímám.

Podpis zmocněnce: