INTEGROVANÝ REGIONÁLNÍ OPERAČNÍ PROGRAM

SPECIFICKÝ CÍL 6.1

průběžná výzva č. 99

PŘÍLOHA Č. 1

**plná moc**

pLATNOST OD 15. 4. 2021

**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, místo trvalého pobytu:

**prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D., 11. 4. 1965, Pod hvězdárnou 190/23, Lošov**

**uděluji plnou moc**

Jméno a příjmení, datum narození, místo trvalého pobytu:

**Mgr. Petře Foukalové, 3. 12. 1986, Družební 1, Olomouc**

k tomu, aby mne zastupovala u projektu s názvem „**Rekonstrukce a modernizace Kliniky nukleární medicíny FN Olomouc**“, hash kód projektové žádosti 1qCXFiP, ve věci:

[x] Podepisování žádosti o podporu

Tato plná moc se uděluje na dobu neurčitou.

V Olomouc dne

Podpis zmocnitele:

Výše uvedené zmocnění přijímám.

Podpis zmocněnce: