

	<b>Vollmacht/Power of Attorney</b>	001/12.2022
		ID: 9993

Kundennummer / Customer Number
--------------------------------

Firma / Company
Straße / Street
Postleitzahl, Ort / Postal Code, Place
Land / Country

---

Vorname, Nachname / First name, Last name

wird hiermit bis auf Widerruf bevollmächtigt, im Namen des vorgenannten Unternehmens verbindliche Zertifizierungsanträge bei der mdc medical device certification GmbH zu stellen und Verträge mit der mdc medical device certification GmbH zu schließen.

is hereby until further notice authorised, to launch certification applications at mdc medical device certification GmbH and enter into contracts with mdc medical device certification GmbH on behalf of the above mentioned company.

---

Datum, Name, Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift gemäß Handelsregister / nationalem Register / Satzung  
Place, date, name, stamp, binding signature according commercial registration / national company register / association articles