

Neštátne zdravotnícke zariadenie:

Názov a adresa : _____

Štatutárny zástupca: _____

IČO: _____

Zväz ambulantných poskytovateľov

Dobšinského 12

811 05 Bratislava

IČO 457 466 30

Vec: **Odstúpenie Dohody o plnomocenstve a vystúpenie zo Zväzu ambulantných poskytovateľov**

V zmysle čl. 2, odseku 5 Všeobecných zmluvných podmienok Dohody o plnomocenstve odstupuje naša spoločnosť s ručením obmedzeným od Dohody o plnomocenstve, uzatvorenej medzi Zväzom ambulantných poskytovateľov a našou spoločnosťou.

S odvolaním sa na čl. IV odsek 4.1.3 odsek a stanov Zväzu ambulantných poskytovateľov vystupuje naša spoločnosť zo Zväzu ambulantných poskytovateľov.

Ďakujem za doterajšiu spoluprácu.

V _____ dňa: _____

meno a priezvisko
štatutárny zástupca