

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**

Vzmysle čl.2,odseku 5Všeobecných zmluvných podmienok Dohody o plnomocenstve odstupujem od Dohody o plnomocenstve, uzatvorenej medzi Zväzom ambulantných poskytovateľov a neštátnym zdravotníckym zariadením – _____

Ďakujem za doterajšiu spoluprácu.

V _____ dňa: _____

štatutárny zástupca