

Neštátne zdravotnícke zariadenie:

Názov a adresa : _____

Štatutárny zástupca: _____

IČO: _____

ZDRAVITA,o.z.

Vazovova 9/B

811 07 Bratislava

Vec: Odvolanie plnej moci a vystúpenie zo ZDRAVITY občianskeho združenia

1./ Odvolávam ako splnomocniteľ plnú moc udelenú ZDRAVITE, o.z. ako splnomocnencovi v zmysle čl. III odsek 2 tejto plnej moci v plnom rozsahu, to znamená vo všetkých bodoch 1 až 9 tejto plnej moci k dátumu podpísania tohto odvolania.

2./ Vystúpenie zo ZDRAVITY o. z.: Účastník združenia je z vážnych dôvodov oprávnený zo združenia vystúpiť kedykoľvek, a to aj bez dodržania výpovednej lehoty. Za takýto dôvod je možné považovať vypovedanie splnomocnenia, nakoľko ďalšie členstvo v združení bez možnosti združenia zastupovať člena je v rozpore s jeho hlavným poslaním a podmienkami členstva v združení.

Preto v súlade s čl.X ods. 5 Zmluvy o združení, vystupujem zo ZDRAVITY občianskeho združenia a to bez dodržania výpovednej lehoty.

Ďakujem za doterajšiu spoluprácu.

V _____ dňa: _____

meno a priezvisko
splnomocniteľ a konateľ