

Neštátne zdravotnícke zariadenie

Názov: .....

Sídlo: .....

IČO: .....

Štatutárny orgán: .....

**Aliancia všeobecných lekárov Slovenska  
Líščie údolie 57  
842 31 Bratislava**

**Vec:** Odvolanie plnej moci a ukončenie členstva v Aliancii všeobecných lekárov Slovenska

V y p o v e d á v a m týmto splnomocnenie udelené v zmysle ustanovení § 31 až 33b Občianskeho zákonníka Aliancia všeobecných lekárov Slovenska, Líščie údolie 57, 842 31 Bratislava (ďalej „Aliancia“), a to dňom doručenia tohto listu.

Súčasne oznamujem, že zo Združenia v súlade čl. VIII bod 1. písm. c) Zmluvy o združení Aliancie všeobecných lekárov Slovenska dobrovoľne vystupujem z Aliancie, rovnako dňom doručenia tohto listu.

V .....dňa .....

.....

podpis