

Neštátne zdravotnícke zariadenie

Názov: .....

Sídlo: .....

IČO: .....

Štatutárny orgán: .....

**Zväz ambulantných poskytovateľov**  
Dobšinského 12  
811 05 Bratislava

**Vec:** Odvolanie plnej moci a ukončenie členstva v záujmovom združení Zväz ambulantných poskytovateľov

O d s t u p u j e m týmto od Dohody o plnomocenstve uzatvorenej so Zväzom ambulantných poskytovateľov, Dobšinského 12, 811 05 Bratislava (ďalej len ako „Združenie“), a to dňom nasledujúcim po doručení tohto listu.

V zmysle čl. 4 bod 4.1.3 pís. b) Stanov záujmového združenia právnických osôb Zväz ambulantných poskytovateľov, členstvo v Združení zanikne odstúpením od dohody o udelení plnej moci podľa ods. 3.3. týchto Stanov, pričom odstúpenie od tejto dohody je predmetom predchádzajúceho odseku.

V zmysle čl. 4 bod 4.1.3 pís. a) Stanov záujmového združenia právnických osôb Zväz ambulantných poskytovateľov, členstvo v Združení zanikne tiež vystúpením, preto súčasne zo Združenia vystupujem.

V .....dňa .....

.....

podpis