

Neštátne zdravotnícke zariadenie

Názov: .....

Sídlo: .....

IČO: .....

Štatutárny orgán: .....

**Združenie všeobecných lekárov pre  
dospelých Slovenskej Republiky o. z.  
Kuzmányho 3  
058 01 Poprad**

**Vec:** Odvolanie plnej moci a ukončenie členstva v Združení všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky o. z.

Od v o l á v a m týmto splnomocnenie udelené v zmysle ustanovení § 31 až 33b Občianskeho zákonníka Združeniu všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky o. z., Kuzmányho 3, 058 01 Poprad, IČO: 50 469 070 (ďalej „Združenie“), a to dňom doručenia tohto listu.

Súčasne oznamujem, že zo Združenia v súlade s platnými právnymi predpismi a čl. 3b Stanov Združenia vystupujem, rovnako dňom doručenia tohto listu.

V .....dňa .....

.....

podpis