



ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MČ PRAHA 4  
Kotorská 1590/40  
140 00 Praha 4

## Příkaz ke zřízení povolení inkasa

Jméno a příjmení Klienta : .....

Bankovní číslo účtu Klienta : .....

Jméno a příjmení dítěte : .....

Inkaso ve prospěch příjemce platby :

Počáteční datum účinnosti povolení inkasa	Číslo účtu příjemce platby	Kód banky	Limit jednotlivé platby inkasa (Kč) (vždy uveďte)	Období	Konečné datum účinnosti povolení inkasa
	<b>000000-0101298491</b>	<b>0800</b>		<b>Měsíc</b>	<b>Nesjednáno</b>

Zadávám povolení inkasa z mého účtu ve prospěch výše uvedeného příjemce platby.

-----  
datum vystavení

-----  
podpis(y) ,razítko