



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

Příkaz ke zřízení povolení inkasa

Jméno a příjmení Klienta :

Číslo bankovního 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
	101298491	0800		Měsíc	Nesjednáno

Tímto uděluji povolení ke zřízení inkasa z výše specifikovaného čísla mého bankovního účtu ve prospěch bankovního účtu Zdravotnického zařízení MČ Praha 4, přísp. org., takto příjemce platby.

Současně prohlašuji, že informaci o čísle bankovního účtu předávám příjemci na základě své pravé a svobodné vůle, bez nátlaku a zcela dobrovolně a jsem srozuměn s tím, že inkasní platby budou prováděny na základě uzavřené Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v dětské skupině.

datum vystavení

podpis(y), razítko