

Zdravotnické zařízení městské části Praha 4, příspěvk. org.
se sídlem: Kotorská 1590/40, 140 00 Praha 4
IČ: 44846291
zastoupena: Ing. Janem Schneiderem, ředitelem
(„poskytovatel“)

Pan/í

adresa trvalého bydliště:

adresa pro doručování:

(„příjemce“)

Výpověď „Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v dětské skupině“

Já, níže podepsaný/á, dávám tímto výpověď „Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě.....“
dítě..... v dětské skupině“
ze dne, a to v souladu s ust. čl. XIV. odst. 14. 1, písm. b. této smlouvy.

V dne

.....
Podpis příjemce