

Zdravotnické zařízení městské části Praha 4, příspěv. 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, tímto vypovídám „Smlouvu o poskytování služeb péče  
o dítě..... v dětské skupině .....“  
ze dne ....., a to v souladu s ust. čl. XIV. odst. 14. 1, písm. b. této smlouvy.

Dítě ukončí docházku ke dni:.....

V ..... dne .....

.....  
Podpis příjemce