**Zdravotnické zařízení městské části Praha 4, přísp. org.**

**se sídlem: Kotorská 1590/40, 140 00 Praha 4**

**IČ: 44846291**

**zastoupena: Danou Zichovou, DiS., pověřenou řízením**

**(„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