

Zdravotnické zařízení městské části Praha 4, příspěv. 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