



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

## Příkaz ke zřízení povolení inkasa

**Dětská skupina a číslo dítěte.....**

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
	<b>101298491</b>	<b>0800</b>		<b>Měsíc</b>	<b>Nesjednáno</b>

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

**ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MČ PRAHA 4**  
příspěvková organizace MČ Praha 4  
Kotorská 1590/40, 140 00 Praha 4  
IČ: 44846291

tel: +420 296 320 401  
**ID datové schránky:** wk4u8gr  
e-mail: reditelstvi@zzpraha4.cz  
**www.zzpraha4.cz**