\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

..................., dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

...................., dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Pažítková 1835/4, 82101 Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica Nitra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Špitálska 6, 950 01 Nitra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Nitra, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Nitra, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Pažítková 1835/4, 82101 Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Národný ústav detských chorôb

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Limbová 2643/1, 831 01 Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Slovenská 5587/11A, 940 02 Nové Zámky

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Nové Zámky, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Nové Zámky, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Pažítková 1835/4, 82101 Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Nitra, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Nitra, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Pažítková 1835/4, 82101 Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica Trenčín

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Legionárska 28, 911 71 Trenčín

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Trenčín, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Trenčín, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Winterova ul. 66, 921 01 Piešťany

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Piešťany, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Piešťany, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica Trnava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Ulica Andreja Žarnova 7507/11, 917 02 Trnava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Trnava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Trnava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Nemocničná 581/2, 97201 Bojnice

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bojnice, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bojnice, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica Trenčín

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Legionárska 641/28, 91101 Trenčín

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Trenčín, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Trenčín, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

KARDIOCENTRUM NITRA s.r.o.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Špitálska 1, 949 01 Nitra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Nitra, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Nitra, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Jána Hollého 5898/14, 080 01 Prešov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Prešov, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Prešov, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Rastislavova 785/43, 040 01 Košice

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Košice, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Košice, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Kláštorská 388/134, 949 01 Nitra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Nitra, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Nitra, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica AGEL Levoča a.s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Probstnerova cesta 2/3082, 054 01 Levoča

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Levoča, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Levoča, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Námestie Ludvika Svobodu 3865/1, 974 09 Banská Bystrica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Banská Bystrica, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Banská Bystrica, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava 37

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

ul. Špitálska 2, 071 01 Michalovce

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Michalovce, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Michalovce, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Vojtecha Spanyola 43, 010 01 Žilina

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Žilina, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Žilina, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Liptovská nemocnica s poliklinikou

MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Palúčanská 214/25, 031 01 Liptovský Mikuláš

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Liptovský Mikuláš, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Liptovský Mikuláš, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Ondavská 8, 040 11 Košice

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Košice, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Košice, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Námestie Ludvika Svobodu 6818/4, 974 09 Banská Bystrica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica AGEL Zvolen a. s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Kuzmányho nábrežie 28, 960 01  Zvolen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

NsP Sv. Jakuba, n.o., Bardejov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Sv. Jakuba 21, 085 01 Bardejov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bardejov, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bardejov, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Ľubovnianska nemocnica, n. o.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Obrancov mieru 510/3, 064 01 Stará Ľubovňa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Stará Ľubovňa, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Stará Ľubovňa, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb a.s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Cesta k nemocnici 1, 974 01 Banská Bystrica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Banská Bystrica, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Banská Bystrica, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica s poliklinikou Myjava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Staromyjavská 712/59, 907 01 Myjava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Myjava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Myjava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Národný onkologický ústav v Bratislave

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Klenová 1, 831 01 Bratislava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Bratislava, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Bratislava, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Kardiocentrum AGEL s.r.o.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Lúčna 57, 040 15 Košice - Šaca

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Košice, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Košice, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Gen. Miloša Vesela 88/21, 034 01 Ružomberok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adresa zamestnávateľa)

**VÝPOVEĎ Z PRACOVNÉHO POMERU podľa § 67 Zákonníka práce**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(titul, meno, priezvisko zamestnanca) (dátum narodenia)

bytom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adresa zamestnanca)

Na základe pracovnej zmluvy ako zamestnanec vykonávam u zamestnávateľa v pracovnom pomere

druh práce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Týmto zamestnávateľovi dávam výpoveď z uvedeného pracovného pomeru.** Zákonná výpovedná doba začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po doručení výpovede a skončí sa uplynutím posledného dňa príslušného kalendárneho mesiaca,

Ružomberok, dňa 4.10.2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Špitálska 588/6, 950 01 Nitra - Staré Mesto, IČO: 35992620, na všetky potrebné úkony – právne a faktické úkony súvisiace so skončením môjho pracovného pomeru na základe výpovede zamestnanca, a to najmä aby obstaralo doručenie tejto mnou vlastnoručne podpísanej výpovede zamestnávateľovi. Na základe dohody medzi mnou a Lekárskym odborovým združením súhlasím, aby Lekárske odborové združenie v rozsahu toho splnomocnenia k tomu splnomocnilo ďalej inú osobu, ktorá je zapísaná v zozname advokátov vedeným Slovenskou advokátskou komorou a bude konať za mňa (substitučné plnomocenstvo).

Ružomberok, dňa 4.10.2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vlastnoručný podpis zamestnanca