

uzaviera

Dohodu o ukončení povinného zmluvného poistenia

dojednaného poistnou zmluvou č.

6	8	2	2	8	6	9	0	2	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

s

Poistník:

Obchodné meno: **Národné centrum zdravotníckych informácií**

IČO: **00165387**

Ulica, č. domu, obec: **Lazaretská 26, 81109 Bratislava**

Zmluvné strany dohodli na ukončení hore uvedenej poistnej zmluvy

dňom	3	0	1	1	2	0	2	1
------	---	---	---	---	---	---	---	---

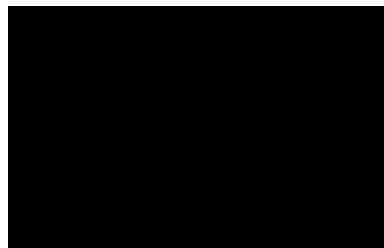
**Nespotrebované poistné žiada poisťník zaslať na účet č.
SK24 8180 0000 0070 0018 5166**

Ostatné skutočnosti uvedené v poistnej zmluve zostávajú nezmenené.

V Bratislave, dňa 29.11.2021



podpis poisťníka



podpis zástupcu poisťovne