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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica Bratislava

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Pažítková 4, 821 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Národný ústav detských chorôb

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Limbová 1, 833 40 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Slovenská 11, 940 01 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Winterova 66, 921 63 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica Trnava

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

A. Žarnova 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica s poliklinikou Prievidza

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Nemocničná 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Kardiocentrum Nitra, s.r.o.

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Špitálska 6, 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Hollého 14, 081 81 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Rastislavova 43, 041 90 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Kláštorská 134, 949 88 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Námestie L. Svobodu 1, 975 17 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s.

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

ul. Špitálska 2, Michalovce 071 01

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

(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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Vojtecha Spanyola 43, 012 07 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Liptovská nemocnica s poliklinikou

MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Palúčanská 25, Liptovský Mikuláš, 03123

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

(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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

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

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

Ondavská 2385/8, 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Názov zamestnávateľa)

**štatutárnemu orgánu a personálnemu oddeleniu**

ul. gen. Miloša Vesela 21, 03426 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,

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca

**Plnomocenstvo**

Ja, vyššie menovaný zamestnanec splnomocňujem týmto Lekárske odborové združenie, so sídlom Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava, 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).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa 15. 9. 2022

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

 vlastnoručný podpis zamestnanca