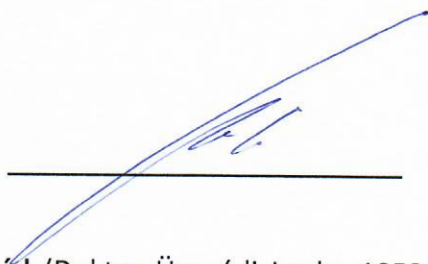


ALÁÍRÁS-MINTA

Alulírott **dr. Babai László István** (lakcíme: 1097 Budapest, Pápay István utca 5. 1. em. 107.), mint a **West Health Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhely: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. fsz. 1., a továbbiakban: Társaság) **ügyvezetője** a társaság géppel vagy kézzel előírt, előnyomott vagy nyomtatott cégneve fölé vagy alá a nevemet önállóan az alábbiak szerint írom:



Alulírott, **dr. Doktor Dávid ügyvéd** (Doktor Ügyvédi Iroda, 1053 Budapest, Képíró utca 6. I./1.) tanúsítom, hogy a fenti aláírási mintát **dr. Babai László István** (lakcíme: 1097 Budapest, Pápay István utca 5. 1. em. 107.) a mai napon előttem saját kezű névaláírásával látta el.

Alulírott ügyvéd nyilatkozom, hogy az aláírás-mintát a változásbejegyzési eljárás során jegyeztem ellen. Ezen általam ellenjegyzett aláírás-minta a változásbejegyzési kérelem mellékletét képezi. A változásbejegyzési eljárás alapját képező egységes szerkezetű Társasági Szerződést én készítettem és jegyeztem ellen, így a jelen aláírás-minta megfelel a cégnyilvánosságról, a bírósági eljárásról és a végelszámolásról szóló 2006. évi V. törvény 9. §-ában írt feltételeknek.

Készítettem és ellenjegyeztem Budapesten, 2025. január 24. napján

DOKTOR
ÜGYVÉDI IRODA
1053 Budapest, Képíró u. 6. I/1.
Dr. Doktor Dávid - ügyvéd KASZ: 36072796

Doktor Ügyvédi Iroda
Dr. Doktor Dávid
ügyvéd
KASZ:36072796