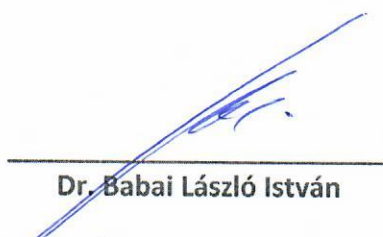


ALÁÍRÁS-MINTA

Alulírott **Dr. Babai László István** (lakcíme: 1015 Budapest, Ostrom utca 16/1.) mint a **West Health Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhely: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 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:



Dr. Babai László István

Alulírott, **dr. Doktor Dávid ügyvéd** (Doktor Ügyvédi Iroda, 1053 Budapest, Képiró utca 6. I./1.) tanúsítom, hogy a fenti aláírási mintát **Dr. Babai László István** (lakcíme: 1015 Budapest, Ostrom utca 16/1.) a mai napon előttem saját kezű névaláírásával látta el.

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

Készítettem és ellenjegyeztem Budapesten, 2021. december 16. napján

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

Doktor Ügyvédi Iroda
Dr. Doktor Dávid
ügyvéd
KASZ:36072796

