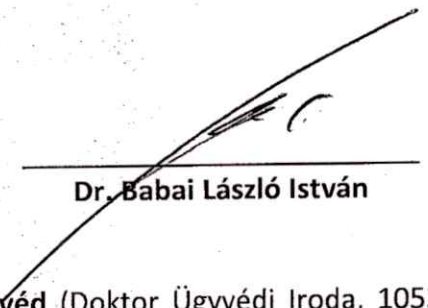


ALÁÍRÁS-MINTA

Alulírott **Dr. Babai László István** (lakcíme: 1015 Budapest, Ostrom utca 16/1.), mint az **IT MED Health Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhely: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 5., 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 aláírás hitelesítést cégbejegyzési eljárás során jegyeztem ellen. Alulírott ügyvéd nyilatkozom továbbá, hogy a Társaság Létesítő Okiratát és egyéb iratait én készítettem és jegyeztem ellen.

Készítettem és ellenjegyeztem Budapesten, 2023. szeptember 18. 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