

KONSOLIDOVANÁ ÚČTOVNÁ ZÁVIERKA ÚČTOVNEJ JEDNOTKY VEREJNEJ SPRÁVY

k 31.12.2025

Priložené súčasti:

<input checked="" type="checkbox"/>	Konsolidovaná súvaha účtovnej jednotky verejnej správy	Kons S UJ VS Úč 1 - 01
<input checked="" type="checkbox"/>	Konsolidovaný výkaz ziskov a strát účtovnej jednotky verejnej správy	Kons VZaS UJ VS Úč 2 - 01
<input checked="" type="checkbox"/>	Poznámky konsolidovanej účtovnej závierky účtovnej jednotky verejnej správy	

Za obdobie:

od Mesiac Rok do Mesiac Rok
0 1 2 0 2 5 1 2 2 0 2 5

IČO

0 0 3 2 8 1 7 1

Názov účtovnej jednotky

O b e c D e d i n k y

Sídlo účtovnej jednotky

Ulica a číslo

D e d i n k y

PSČ

0 4 9 7 3

Názov obce

D e d i n k y



Telefónne číslo

0 5 8 / 7 8 8 3 2 5 0

Faxové číslo

E-mailová adresa

o c u . d e d i n k y @ g m a i l . c o m

Zostavená dňa:	19. 06. 2026
Podpisový záznam štatutárneho orgánu alebo člena štatutárneho orgánu účtovnej jednotky:	 

STATE UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE

1997

Department of
Internal Medicine

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

Dr. [Name] is a resident in the Department of Internal Medicine, State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, [Address].

