

Vyjádření ošetřujícího lékaře

pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění
podle § 10 a § 118 zákona č. 582/1991 Sb.,
o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Potvrzuji, že pan/paní datum narození

trvale bytem

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

je - není schopen/schopna podpisu

je - není schopen/schopna přijímat výplatu dávky důchodového pojištění

je - není schopen/schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podat
vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce
dávky důchodového pojištění

Vdne

.....
razítko a podpis lékaře