



VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

ZHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OPRÁVNĚNÉHO PŘÍJEMCE DÁVKY DŮCHODOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Oprávněný(á)

Jméno a příjmení:r.č.

Bytem:

Ze zdravotních důvodů:

je - není)* schopen(a) sám(a) přebírat důchod

je - není)* schopen(a) podpisu

je - není)* schopen(a) vyjádřit se k ustanovení zvláštního příjemce důchodu

Další sdělení lékaře:

(např. hospitalizace ke dni vyjádření a kde, upoutání na lůžku, vyjadřovací schopnosti, popř. další sdělení opravňující k ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění.)

Oprávněný(á) je:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Toto potvrzení se vydává na vlastní žádost, a to pro účely ustanovení zvláštního příjemce důchodu Obecním úřadem v Nebuželích.

V dne

Podpis a razítko lékaře

*/ nehodící se škrtněte