

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
odpověď prosím zakroužkujte

- | | |
|---------------------------|--|
| 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