



LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ k žádosti o ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění

Pan/paní:

RČ:

Trvale bytem:

Potvrzuji, že výše jmenovaný/ná vzhledem ke svému trvale a dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu:

je **schopen/a** **neschopen/a** přebírat svůj důchod a účelně s ním nakládat

je **schopen/a** **neschopen/a** vyjádřit svůj souhlas s ustanovením zvláštního příjemce důchodu

je **schopen/a** **neschopen/a** podpisu.

V současné době výše jmenovaný/á příjemce důchodu

je **není** hospitalizován ve zdravotním zařízení. Pokud ano, ve kterém?

.....

Stručný popis zdravotního stavu

.....

.....

V Praze dne

.....

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře

1/1