

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

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

Potvrzuji, že pan(i):

Datum narození:

Trvale bytem:

Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

je – není schopen/schopna	osobně přebírat důchod
je – není schopen/schopna	podat vyjádření/souhlas s ustanovením zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění
je – není schopen/schopna	podpisu

V..... dne.....

Razítko a podpis lékaře.....