

Potvrdenie ošetrojúceho lekára

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Týmto potvrdzujem, že menovaný vzhľadom na svoj zdravotný stav:

- nie je spôsobilý na právne úkony *
- nie je schopný podpisu**
(nehodiace sa škrtnite)

V dňa

Podpis a pečiatka
ošetrojúceho lekára

*Zákon č.71/1967 Zb. o správnom konaní(správny poriadok) §16 ods.1,ods.2

** Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní(živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, § 92 ods.6.