

## Potvrzení o zdravotním stavu

Údaje o osobě:

Jméno a příjmení:.....datum nar.:.....

Trvalý pobyt:.....PSČ.....

Potvrzuji, že:

Výše uvedená osoba je\* – není \* vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen/a/  
podpisu a přebírání dávek důchodového zabezpečení. Zároveň je\* – není \*schopen/a/  
podat souhlas s ustanovením zvláštního příjemce důchodu.

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

.....  
( Razítko a podpis  
ošetřujícího lékaře)

\* Nehodící se škrtněte