

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby,
ktorá žiada o poskytovanie prepravnej služby**

Žiadateľ:
Priezvisko (tiež rodné priezvisko) meno titul

Dátum narodenia:
deň, mesiac, rok

Miesto narodenia:
obec (mesto) okres

Bydlisko:
obec (mesto) ulica, číslo PSČ

Žiadateľ o prepravnú službu má nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie.

Vyjadrenie lekára (s popisom zdravotného stavu):

Doporučujem využitie prepravnej služby:
a/ na dobu určitú (uviest' obdobie).....
b/ na dobu neurčitú (stav je trvalý)
c/ doprovod nutný
d/ bez doprovodu

V Poprade dňa:

pečiatka, podpis: