Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby,

ktorá žiada o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní prepravnej služby

Žiadateľ: .....
Priezvisko (tiež rodné priezvisko) meno titul

Dátum narodenia: .....
deň, mesiac, rok

Miesto narodenia: .....
obec (mesto) okres

Bydlisko: .....
ulica, číslo obec (mesto) PSČ

Vyjadrenie lekára (s uvedením diagnózy):

a/ **má nepriaznivý zdravotný stav** s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie

b/ **nemá nepriaznivý zdravotný stav** s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie

doporučujem využitie prepravnej služby:

a/ jednorázovo
b/ na dobu určitú (uviesť obdobie).....
c/ na dobu neurčitú (stav je trvalý)

d/ doprovod nutný
e/ bez doprovodu

dňa:

pečiatka,
podpis: