**Vyjádření ošetřujícího lékaře**

 pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění

 podle § 10 a § 118 zákona č. 582/1991 Sb.,

 o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Potvrzuji, že pan/paní …………………………………..... datum narození …………………

trvale bytem …………………………………………………………………………………..

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

je - není schopen/schopna podpisu

je - není schopen/schopna přijímat výplatu dávky důchodového pojištění

je - není schopen/schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podat

 vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce

 dávky důchodového pojištění

V ……………………..dne ………………………

 ……………………………………………………..

 razítko a podpis lékaře