**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