

## **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