



## 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 účastnit se úředních jednání  
**je – není** schopen/schopna osobně přebírat svůj důchod  
**je – není** schopen/schopna podat vyjádření / souhlas s ustanovením zvláštního příjemce svého důchodu  
**je – není** schopen/schopna podpisu

V ..... dne .....

.....  
razítko a podpis lékaře