

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na účely konania vo veci  
poskytovania prepravnej služby**

<b>Meno a priezvisko:</b>	<b>Titul :</b>
<b>Dátum narodenia:</b>	
<b>Adresa trvalého pobytu:</b>	

Podľa § 42 ods. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov týmto potvrdzujeme, že menovaný/á

má / nemá\*

nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie.

V ..... dňa .....

.....  
podpis a pečiatka lekára

\*Potvrdenie vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotných pracovníkoch, stavovských organizácií v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.