



MESTO BANSKÁ BYSTRICA

MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,
Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti

POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

1. Meno, priezvisko a titul:
2. Dátum narodenia: Rodné číslo:
3. Trvalý pobyt: PSČ:

Týmto potvrdzujem, že fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie/ poskytovanie sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytovanie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby podľa § 92 ods. 2 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. *

Dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* V jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby môže podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

