



**Odbor sociální a zdravotní**

**Dominikánská 2, 601 92 Brno**

Pracoviště: Malinovského nám. 4, 602 00 Brno

Korespondenční adresa: Měnínská 4, 601 92 Brno

## Vyjádření ošetřujícího lékaře

pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění podle ust. § 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 osobně přebírat svůj důchod

*je – není* schopen/schopna podpisu

*je – není* schopen/schopna podat vyjádření / souhlas s ustanovením zvláštního příjemce svého důchodu

V Brně dne

.....  
razítko a podpis lékaře