

Potvrdenie

(v zmysle § 92 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov)

Ako ošetrujúci lekár fyzickej osoby:

meno a priezvisko:

dátum narodenia:

rodné číslo:

adresa trvalého pobytu:

týmto

p o t v r d z u j e m ,

že menovaná fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby v špecializovanom zariadení Občianskeho združenia Pro Bono, Cintorínska 605/8, 930 05 Gabčíkovo.

Toto potvrdenie sa vydáva na účely § 92 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

.....
Pečiatka a podpis
ošetrujúceho lekára