Vyhlásenie poskytovateľa o spôsobe dopravy lekára k prehliadke mŕtveho

Poskytovateľ zabezpečujúci vykonanie prehliadky mŕtveho
Obchodné meno:
Sídlo:
IČO: DIČ:

Por. číslo	Meno a priezvisko mŕtveho	Miesto úmrtia (prehliadky)	Dátum prehliadky	Prehliadajúci lekár	Spôsob dopravy k mŕtvemu		
					Hradená lekárom		Dopravná služba (názov)
					km	náhrada	

V _____ dňa _____

Podpis a pečiatka poskytovateľa