

■ úrad pre
■ dohľad nad
■ zdravotnou
■ starostlivosťou

Odmietnutie pitvy

podľa § 48 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohlade
nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení
neskorších predpisov

Osoba, ktorá odmietla pitvu

Meno Priezvisko

Rodné číslo / Dátum narodenia

Adresa pobytu osoby, ktorá odmietla pitvu

Ulica Číslo

PSČ Obec

Štát

Prehlásenie o odmietnutí pitvy podľa § 48 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohlade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Prehlasujem, že v prípade môjho úmrtia, odmietam vykonanie pitvy.

V

Dňa

_____ podpis podávajúceho