

<ul style="list-style-type: none">■ úrad pre■ dohľad nad■ zdravotnou■ starostlivosťou	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želtova 2, 829 24 Bratislava Vyhlásenie lekára o spôsobe dopravy k prehliadke mŕtveho tela - Vzor	Číslo vydania:1
		Strana: 1 / 1

Príloha č. 5 k MU 1/2018

Vyhlásenie lekára o spôsobe dopravy k prehliadke mŕtveho tela

Titul, meno a priezvisko lekára:

Adresa:

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

V _____ dňa _____

Podpis a pečiatka