

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <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. 4

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