**Potvrdenie o preprave mŕtveho tela**

 (preprava určená prehliadajúcim lekárom)

|  |
| --- |
| ***I. Identifikácia mŕtveho*** |

Meno a priezvisko: .................................................................... Dátum narodenia: ............................

Miesto úmrtia: ......................................................................................................................................

|  |
| --- |
| ***II. Identifikácia prehliadajúceho lekára*** |

Meno a priezvisko: ..................................................................... Dátum: ………………...................

Pečiatka a podpis lekára: ...........................................................

|  |
| --- |
| ***III. Identifikácia prevádzkovateľa*** |

Názov: ................................................................. číslo zmluvy uzatvorenej s ÚDZS: ........................

Adresa: .................................................................................................................................................

IČO: ................................................. Meno a priezvisko vodiča: ........................................................

Preprava: odkiaľ: ............................................................... kam: ........................................................

Dňa: ................................... počet km: .............................. podpis vodiča: .........................................

|  |
| --- |
| ***IV. Potvrdenie o prevzatí mŕtveho na pitvu*** |

Adresa pracoviska ÚDZS: ....................................................................................................................

Meno a priezvisko zamestnanca ÚDZS, ktorý prevzal mŕtveho: .........................................................

Dňa: .......................................... o .................... hod., podpis: ..............................................................

Počet mŕtvych tiel prepravených na pitvu v jednom vozidle: ..............................................................