úrad pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

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 prehliadajúceho lekára

Dátum prehliadky mŕtveho

Pečiatka a podpis lekára .....

III. Identifikácia prevádzkovateľa

Názov prevádzkovateľa

Číslo zmluvy uzatvorenej s ÚDZS

Adresa prevádzkovateľa

IČO

Meno a priezvisko vodiča

Preprava odkiaľ

Preprava kam

Dňa

Počet km

Podpis vodiča .....

IV. Potvrdenie o prevzatí mŕtveho na pitvu

Adresa pracoviska ÚDZS

Meno a priezvisko zamestnanca ÚDZS, ktorý prevzal mŕtveho

Dátum prevzatia mŕtveho

Čas prevzatia mŕtveho

Podpis zamestnanca .....

Počet mŕtvych tiel prepravených na pitvu v jednom vozidle