**Vyjádření lékaře k žádosti o stanovení zvláštního příjemce důchodu:**

Jméno pacienta:

r.č.:

Bydliště:

Zhodnocení zdravotního stavu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum: razítko a podpis lékaře