**Potvrdenie o účasti na lekárskom vyšetrení alebo ošetrení**

**Meno a priezvisko**: ................................................................................................................. .

Dátum narodenia: ................................................................................................................. .

Adresa bydliska: ................................................................................................................. .

Bol na lekárskom vyšetrení alebo ošetrení dňa ............................. , v čase od .............. do ...........

a vyšetrenie alebo ošetrenie **nebolo možné vykonať mimo pracovného času.**

Bolo sprevádzanie rodinného príslušníka nevyhnutné dňa ............................... ,

v čase od .............. do .............. a tento úkon nebolo možné vykonať mimo pracovného času.

Meno a priezvisko rodinného príslušníka: ....................................................................................

Rodinný vzťah: ...................................................... . Dátum narodenia: .................................... .

pečiatka a podpis lekára

**Potvrdenie o účasti na lekárskom vyšetrení alebo ošetrení**

**Meno a priezvisko**: ................................................................................................................. .

Dátum narodenia: ................................................................................................................. .

Adresa bydliska: ................................................................................................................. .

Bol na lekárskom vyšetrení alebo ošetrení dňa ............................. , v čase od .............. do ...........

a vyšetrenie alebo ošetrenie nebolo možné vykonať mimo pracovného času.

Bolo sprevádzanie rodinného príslušníka nevyhnutné dňa ............................... ,

v čase od .............. do .............. a **tento úkon nebolo možné vykonať mimo pracovného času**.

Meno a priezvisko rodinného príslušníka: ....................................................................................

**Rodinný vzťah**: ...................................................... . Dátum narodenia: .................................... .

pečiatka a podpis lekára