

## Vyjádření lékaře

**Jméno:**

**Datum narození:**

Jmenovaný(á) vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

- a) není schopen (schopna) se podepsat
- b) není schopen (schopna) sama jednat a podepsat se

Tento stav je trvalý.

1. Vystaveno pro potřebu podání žádosti o poskytování soc. služeb v Domově důchodců Pohoda.

V Turnově dne .....

.....  
razítko a podpis lékaře