**Vyjádření lékaře pro účely ustanovení zvláštního příjemce důchodu**

Toto vyjádření se vydává v souladu s ust. § 118 odst. 3 zákona č. 582/1991 Sb., o sociálním zabezpečení pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění

Potvrzuji tímto, že pan/í/…………………………………………………………………………..narozen/a/………………………………………

trvale bytem………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

vzhledem ke svému nepříznivému zdravotnímu stavu:

je – není schopen/a/ přijímat dávky důchodového pojištění

je – není schopen/a/ podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce

Dne……………………………………. Podpis, jméno a razítko ošetřujícího lékaře: