

Potvrdenie

ošetrujúceho lekára na účely posúdenia nároku na

(Údaje v potvrdení vyplňujte paličkovým písmom a zodpovedajúci údaj označte podľa tohto vzoru)

príspevok na viac súčasne narodených detí (súčasne narodené tri deti alebo súčasne narodených viac detí alebo v priebehu dvoch rokov opakovane narodené dve deti súčasne alebo v priebehu dvoch rokov opakovane narodených viac detí súčasne)

Ošetrujúci lekár dieťaťa

Meno Priezvisko

Názov a adresa pracoviska ošetrujúceho lekára

Ulica číslo
PSČ Obec

Údaje o deťoch

Meno	Priezvisko	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

narodené dňa miesto narodenia

Adresa trvalého pobytu detí

Ulica číslo
PSČ Obec

Potvrdzujem,

že vyššie uvedené deti, na ktoré si oprávnená osoba (rodič) uplatňuje nárok na príspevok sú v mojej lekárskej starostlivosti a dožili sa dňa (uviesť dátum) rokov života (uviesť číslom).

Dátum



Pečiatka a podpis
ošetrujúceho lekára

Poznámka:

Na základe ustanovenia § 14 zákona č. 383/2013 Z. z. sa vyššie uvedené informácie poskytujú bezplatne.

