



POTVRZENÍ LÉKAŘE

pro účely uzavření smlouvy o poskytování sociální služby domova se zvláštním režimem

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Trvale bytem:	
<p><i>Potvrzuji tímto, že výše uvedený žadatel o sociální službu v Domově Přístav, není vzhledem se svému zdravotnímu stavu schopen samostatně jednat a nemá zákonného zástupce.</i></p>	
Datum:	
Potvrzení vydal: (razítko, podpis)	