# Vyhlásenie poskytovateľa o spôsobe dopravy lekára k prehliadke mŕtveho

Poskytovateľ zabezpečujúci vykonanie prehliadky mŕtveho
Obchodné meno:
Sídlo:
IČO: DIČ:

| Por. číslo | Meno a priezvisko mŕtveho | Miesto úmrtia (prehliadky) | Dátum prehliadky | Prehliadajúci lekár | Spôsob dopravy k mŕtvemu | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Hradená lekárom | | Dopravná služba (názov) |
| | | | | | km | náhrada | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

V _____ dňa _____

Podpis a pečiatka poskytovateľa