

Príkaz na dopravu lekára na výkon prehliadky mŕtveho

(vyplniť čitateľne paličkovým písmom)

Meno, priezvisko prehliadajúceho lekára:

Meno, priezvisko mŕtveho:

(vypĺňa prehliadajúci lekár)

Názov spoločnosti vykonávajúcej dopravu lekára:

Meno, priezvisko vodiča:

Adresa miestazačatia dopravy:

(pracovisko alebo bydlisko prehliadajúceho lekára – ulica, súpisné číslo, obec)

Deň vykonania dopravy: Čas začatia dopravy:

Číslo jazdy: Evidenčné číslo vozidla:

Adresa miesta vykonania prehliadky:

(ulica, súpisné číslo, obec)

Adresa miesta ukončenia dopravy:

(ulica, súpisné číslo, obec)

Čas ukončenia dopravy: Počet km na výkon prehliadky a späť:

(vypĺňa osoba vykonávajúca dopravu)

Prehliadajúci lekár a osoba vykonávajúca dopravu svojím podpisom potvrdzujú správnosť údajov uvedených na tomto tlačive.

Odtlačok pečiatky a podpis prehliadajúceho lekára:

Odtlačok pečiatky dopravcu a podpis osoby vykonávajúcej dopravu: