

Príloha č. 2 vyhlášky MPSV SR č. 356/1991 Zb.

Okresná správa sociálneho zabezpečenia v

Hlásenie o podozrení z porušenia liečebného režimu

Pán (pani)

meno, priezvisko, deň, mesiac a rok narodenia

bytom

Zamestnaný (á) – samostatne zárobkovo činná osoba*

navštívený (á) dňa o hod. pracovníkom kontroly dodržiavania liečebného režimu

ktorý zistil, že

Vyjadrenie ošetrujúceho lekára k uvedeným zisteným údajom pracovníka kontroly dodržiavania liečebného

režimu:

V dňa

Ošetrujúci lekár

meno, priezvisko, podpis, odtlačok úradnej pečiatky

*) nehodiace sa prečiarknite