**Městský úřad Kutná Hora**

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví

**Havlíčkovo nám, 552, 584 01 Kutná Hora**

***V y j á d ř e n í* odborného lékaře k žádosti o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění**

Jméno a příjmení oprávněného poživatele dávky důchodového pojištění :

……………………………………………………………………………………………………………..

Datum narození : ………………………………………………………………………………………….

Trvalé bydliště : …………………………………………………………………………………………….

Dávky důchodového pojištění : …………………………………………………………………………..

**Vyjádření lékaře :**

* Výše uvedený poživatel dávky důchodového pojištění je schopen výplatu přijímat

ANO NE

* Výše uvedený poživatel dávky důchodového pojištění vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

je schopen podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce.

 ANO NE

V Kutné Hoře …………………… ………………………………………………………

 podpis lékaře