

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Želova 2, 829 24 Bratislava

**Potvrdenie o preprave mŕtveho**  
(preprava určená lekárom úradu alebo lekárom povereným úradom)

**I. Identifikácia mŕtveho**

Meno a priezvisko: ..... dátum narodenia: .....  
Číslo poisťovne: ..... miesto úmrtia: .....

**II. Identifikácia obhliadajúceho lekára**

Meno a priezvisko: ..... kód lekára: .....

Dátum: ..... pečiatka a podpis: .....

**III. Identifikácia prevádzkovateľa**

Názov: ..... číslo zmluvy uzatvorenej s ÚDZS: .....

Adresa: .....

IČO: ..... meno a priezvisko vodiča: .....

Preprava: odkiaľ: ..... kam: .....

Dňa: ..... počet km: ..... podpis vodiča: .....

**IV. Potvrdenie o prevzatí mŕtveho na pitvu**

Adresa pracoviska ÚDZS: .....

Meno a priezvisko zamestnanca ÚDZS, ktorý prevzal mŕtveho: .....

Dňa: ..... o ..... hod., podpis: .....

**V. Potvrdenie o odovzdaní mŕtveho po pitve**

Meno a priezvisko zamestnanca ÚDZS, ktorý odovzdal mŕtveho: .....

Dňa: ..... o ..... hod., podpis: .....

**VI. Preprava po pitve zabezpečená pozostalým**

Meno a priezvisko pozostalého: .....

Adresa pozostalého: .....

Názov prepravcu: ..... adresa: .....

Dňa: ..... počet km: ..... podpis vodiča: .....

**VII. Identifikácia preberajúceho, ktorý preberá zosnulého po pitve**

Názov: ..... číslo zmluvy uzatvorenej s ÚDZS: .....

Adresa: .....

IČO: ..... meno a priezvisko vodiča: .....

Preprava: odkiaľ: ..... kam: .....

Dňa: ..... počet km: ..... podpis vodiča: .....