Príloha č. 1

Vyhlásenie lekára o spôsobe dopravy k prehliadke mŕtveho

Titul, meno a priezvisko lekára:

Adresa:

Por. číslo	Meno a priezvisko mŕtveho	Miesto úmrtia (prehliadky)	Dátum prehliadky	Spôsob dopravy k mŕtvemu		
				Hradená lekárom		Dopravná služba (názov)
				Km	náhrada	

V _____ dňa _____

Podpis a pečiatka