

PRÍLOHA Č. 3 k zmluve o doprave lekárov

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 miesta začatia 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: