

**PRÍLOHA Č. 3** k zmluve o doprave lekárov

**PRÍKAZ NA DOPRAVU LEKÁRA NA VÝKON PREHLIADKY MŔTVEHO**  
(vyplniť čitateľne paličkovým písmom)

Meno, priezvisko prehladajúceho lekára: .....
Meno, priezvisko mŕtveho: ..... (vypĺňa prehladajúci lekár)
Názov spoločnosti vykonávajúcej dopravu lekára: .....
Meno, priezvisko vodiča: .....
Adresa miesta začatia dopravy: ..... (pracovisko alebo bydlisko prehladajúceho 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)

Prehladajúci lekár a osoba vykonávajúca dopravu svojím podpisom potvrdzujú správnosť údajov uvedených na tomto tlačive.

Odtlačok pečiatky a podpis prehladajúceho lekára: .....

Odtlačok pečiatky dopravcu a podpis osoby vykonávajúcej dopravu: .....