 PE – ES, n. o., Diviacka Nová Ves 465

 ZpS Nitrianske Sučany 355, 972 21

**Potvrdenie o bezinfekčnosti**

Meno: ............................................................. dátum narodenia: ...................................................................

Bydlisko .....................................................................................................................................................................................

V ................................................., dňa ........................................ ...........................................................................

 podpis lekára

**Potvrdenie o odhlásení pacienta zo stavu poistencov**

Lekár ....................................................................................... potvrdzujem, že dňa ......................................................

som pacienta (pacientku) ...................................................................................................................................................

odhlásil (-a) zo stavu poistencov svojho obvodu.

Bol v evidencii poisťovne ...................................................................................................................................................

V ....................................................................., dňa ..........................................................

 ......................................................................

 podpis lekára