

Evidenční štítek

Žádost o uznání za osobu zdravotně znevýhodněnou



Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

Razítko OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

A. Základní identifikace

Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Telefon	ID datové schránky		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

B. Kontaktní adresa

Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Jméno a adresa lékaře primární zdravotní péče, popř. název a adresa poskytovatele zdravotních služeb, u něhož je žadatel/ka registrován/a

D. Datum a místo vyplnění

V Dne
Podpis žadatele/ky