

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:
Adresa:
IČO:

Evidenčné číslo posudku:

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti

Priezvisko a meno:

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:

Je spôsobilý

Je nespôsobilý

*) nehodiace sa preškrtnite

na vykonávanie činnosti na technickom zariadení elektrickom

V

Dňa:

Pečiatka a podpis lekára