



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



**PARDUBICKÝ KRAJ**

Rozvoj sociálních služeb v Pardubickém kraji

## ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Trvalý pobyt:.....

Zdravotní pojišťovna: .....

*Toto lékařem vyplněné zdravotní potvrzení, je dokladem o mé zdravotní způsobilosti bydlet v Domu na půl cesty Květná – pobytová sociální služba, dle zákona č. 108/2006, o sociálních službách.*

*(Toto zdravotní potvrzení je přílohou k žádosti o příjem do Domu na půl cesty Květná.)*

Vyjádření lékaře:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: .....

Razítko a podpis lékaře: .....

**Dům na půl cesty v Květné, ID 5151431**

Poskytovatel: **Květná Zahrada**, z.ú. IČ 27 00 58 79, Květná č.p. 40, 572 01 pošta Polička,  
tel.: +420 723 089 261 e-mail: [kvetnazahrada@seznam.cz](mailto:kvetnazahrada@seznam.cz), id DS: iqcr74k

