

**Potvrzení lékaře o diagnóze**

**Potvrzuji**, že níže uvedený pojištěnec VZP ČR:

jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………,

rodné číslo: ……………………………….,

bytem: ……………………………………………………………………………………..…,

**má stanovenou diagnózu:**

název: ……………………………………….,

kód: …………………………………………..

V…………………………………….…………. dne ………......…................

 ……………………………..……………

 Podpis a razítko lékaře