**POTVRDENIE O ODHLÁSENÍ ZO STAVU POISTENCOV**

Lekár MUDr**. .......................................................** potvrdzujem, že dňa .................................

som pacienta(ku) p. **........................................................................,**

rod.č.: **...............................,** trvalé bydlisko...............................................................................,

odhlásil zo stavu poistencov svojho obvodu.

Bola v evidencii poisťovne: .................................................................

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

 pečiatka a podpis

 lekára