



Potvrzení lékaře

o souvislosti pracovní neschopnosti se zjištěnou nemocí z povolání
nebo pracovním úrazem

Potvrzují tímto, že p.

rodné číslo

byl(a) v pracovní neschopnosti od

do

v přímé souvislosti

s pracovním úrazem ze dne

s nemocí z povolání zjištěnou dne

Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P. O. Box 50, 664 42 Modřice