

POTVRZENÍ O LÉCÍCH DO LETADLA

MEDICATION CERTIFICATE

Identifikace pacienta / Patient identification

Jméno a příjmení / Full name:

Datum narození / Date of birth:

Adresa trvalého bydliště / Permanent address:

Číslo OP nebo pasu / ID card or passport number:

Potvrzení lékaře / Doctor's statement

Já, níže podepsaný/á ošetřující lékař/ka, tímto potvrzuji, že výše uvedená osoba užívá níže uvedené léky z důvodu svého zdravotního stavu.

I, the undersigned attending physician, hereby confirm that the above-mentioned person is taking the medications listed below due to their medical condition.

Seznam léků / List of medications

Lék / Medication

Důvod užití / Reason for use

.....

.....

.....

.....

.....

Datum a podpis / Date and signature

Datum / Date:

Jméno lékaře / Physician's name:

Razítko a podpis / Stamp and signature: