

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Jméno, příjmení:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

Adresa:

.....

1/ Byl jsem podrobně seznámen se svým onemocněním a stupněm závažnosti.

2/ Onemocnění nemá žádný vliv na mou schopnost rozpoznat při řízení motorového vozidla takový stupeň únavy, který by vyžadoval přerušení řízení za účelem zotavení.

3/ Souhlasím s pravidelnými lékařskými kontrolami.

Podpis:

Podpis lékaře:

Datum: