

DOBROVOLNICKÉ CENTRUM HAVÍŘOV
HLAVNÍ TRÍDA 2/4,
736 01 HAVÍŘOV - MĚSTO
TEL.: +420 732 509 400
E-MAIL: HANA.CADOVA@ADRA.CZ
WEB: WWW.ADRAHAVIROV.CZ



ADRA, o. p. s.
MARKOVA 600/6, 158 00 PRAHA
IČ: 61388122, DIČ: CZ61388122
TEL.: 734 795 306, E-MAIL: ADRA@ADRA.CZ
WEB: WWW.ADRA.CZ

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI¹

Potvrzují, že:

jméno a příjmení:

narozen/a dne:

je zdravotně způsobilý/á vykonávat dobrovolnickou službu v

u seniorů

u dětí a mládeže

u zdravotně postižených

u sociálně potřebných

s omezením:

.....

V dne

.....
razítko a podpis lékaře

Vážená paní doktorko – Vážený pane doktore,

žádám Vás o odpuštění poplatku za potvrzení o zdravotním stavu pro dobrovolníka zapojeného do bezplatného dobrovolnického programu. Děkuji za Vaši podporu.

Mgr. Hana Čadová, vedoucí Dobrovolnického centra ADRA Havířov

¹ §5 Zákona o dobrovolnické službě 198/2002 Sb.