Príloha č. 3

Zoznam prehliadok mŕtvych tiel vykonaných za príslušný kalendárny mesiac

Obchodné meno/titul, meno, priezvisko:
Sídlo/adresa:
IČO: DIČ:

Por. číslo	Meno a priezvisko mŕtveho	Dátum narodenia mŕtveho	Dátum, čas, miesto vykonania prehliadky	Meno a priezvisko prehliadajúceho lekára	Dátum narodenia prehliadajúceho lekára

V _____ dňa _____

Podpis a pečiatka