

**Potvrdenie vydané na žiadosť pacienta / klienta (ďalej len „žiadateľ“)
pre potreby Slovenskej knižnice pre nevidiacich Mateja Hrebendu v Levoči**

Žiadateľ:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

Potvrdenie vydáva:

Názov ambulancie / inštitúcie:

Meno lekára / zodpovednej osoby:

IČO inštitúcie:

Potvrdzujem, že žiadateľ nie je schopný čítať štandardné tlačené materiály z dôvodu:

- zrkového postihnutia
- telesných obmedzení
- organických dysfunkcií
- porúch čítania (uved'te akých):
- iných obmedzení* (uved'te akých):

V dňa

pečiatka a podpis

*nehodiace sa prečiarknite