



OBEC MÁLINEC
Námestie SNP 474/1
985 26 MÁLINEC

**ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O NÁJME
ZDRAVOTNEJ POMÔCKY**

Žiadateľ:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Rodné číslo:

Kontakt:

Žiadam o požičanie zdravotnej pomôcky (druh pomôcky):

Predpokladaná doba nájmu : krátkodobé 1 až 15 dní *

dlhodobé viac ako 15 dní *

polohovateľná posteľ / mesiac *

*Nehodiace sa preškrtnite**

V Málinci dňa

.....

podpis žiadateľa