Žádost rodičů o náhradu bolestného

 Žádám o náhradu bolestného za školní úraz, ze dne ……………. K žádosti přikládám hodnocení bolestného, prosím výplatu pojistného plnění zašlete

na adresu: …………………………………………..

na účet: ……………………………………………....

Příjmení a jméno zákonného zástupce:

V Ostravě-Porubě: Podpis: