

Důchodová služba - žádost o změnu *

*Doklad je určen pro dosílku důchodu do zdravotnického zařízení

Důchodce - Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Splatnost důchodu <input type="text"/> <input type="text"/>
Ulice	
Č.p./č.o.	PSČ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Obec

DOSÍLKA <input type="checkbox"/>	Od	do	<input type="checkbox"/>	Od	do odvolání
ZRUŠENÍ DOSÍLKY <input type="checkbox"/>					

Adresa dosílky/zdravotnického zařízení

Název a ulice	
Č.p./č.o.	PSČ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Obec

Adresa sídla zdravotnického zařízení *

Název a ulice	
Č.p./č.o.	PSČ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Obec

* vyplňuje se jen v případě, že adresa sídla zdravotnického zařízení není totožná s adresou dosílky

Osobní doklad důchodce (druh, číslo)

V dne Podpis žadatele/důchodce

Zástupce zdravotnického zařízení Jméno a příjmení
Podpis, razítko.....

Stvrzení pošty

Informace k formuláři:

Důchod nelze dosílat, pokud je stanoven (na výplatním dokladu uveden) kromě důchodce i jiný příjemce.

Je-li žádost o dosílku/zrušení dosílky důchodu do zdravotnického zařízení uplatněna minimálně 10 pracovních dnů před splatností důchodu, pak je platná pro nejbližší výplatu důchodu. Později podaná změna je platná až od následujícího výplatního měsíce.

Podpisem zástupce zdravotnického zařízení stvrzuje, že pobyt důchodce ve zdravotnickém zařízení trvá, nebo bude trvat déle než 1 kalendářní měsíc, a dále i správnost adresy, na kterou má být důchod dosílán (§ 116d zákona č. 582/1991 Sb.).