

---

Meno a adresa žiadateľa

RÚVZ Trenčín  
Nemocničná 4  
911 01 Trenčín

**Vec**

**Vyznačenie právoplatnosti (vykonateľnosti) rozhodnutia.**

Podpísaný(á)  
(vykonateľnosti) rozhodnutia číslo .....

, žiadam o vyznačenie právoplatnosti  
zo dňa .....

V..... dňa .....

Podpis žiadateľa