# Chomutovská knihovna, příspěvková organizace

## Potvrzení lékaře

## do Zvukové knihovny

**Oční vada pacienta/pacientky:** …………………………………………………

**datum narození:** ………………………………………… **znemožňuje čtení**

**klasicky tištěných dokumentů. Vzhledem k tomu potvrzuji,**

**že výše uvedený/á je oprávněn/a využívat služeb Zvukové**

**knihovny pro nevidomé.**

**Dne:** ………………………………………………

### Razítko a podpis očního lékaře: ……………………………………………….