

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Адрес _____

Форма № 002-О/У

Утверждена приказом Минздрава России
от «30» июня 2016 г. № 441н

Лицензия _____

**Медицинское заключение серия _____ № _____
об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации _____

район _____

город _____

населенный пункт _____

улица _____

дом _____ квартира _____

4. Дата выдачи медицинского заключения:

число _____ месяц _____ год _____

5. Медицинское заключение: выявлено отсутствие медицинских
противопоказаний к владению оружием.

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское
заключение: _____

М.П.