

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма № 002-О/у
Утверждена приказом Минздрава России
от « 30 » июня 2016 г. № 441н

Лицензия _____

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ серия **00** № **000000**
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.