LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA DRŽANIE ALEBO NOSENIE STRELNEJ ZBRANE A STRELIVA

Vzor

1. strana

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA DRŽANIE ALEBO NOSENIE STRELNEJ ZBRANE A STRELIVA

MENO A PRIEZVISKO POSUDZUJÚCEHO LEKÁRA:

NÁZOV ALEBO OBCHODNÉ MENO POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

MIESTO PREVÁDZKOVANIA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA/SÍDLO POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

IČO:

Evidenčné číslo posudku: _____

Meno a priezvisko:

Rodné číslo alebo dátum narodenia:

Miesto pobytu:

2. strana

Menovaný bol posúdený s týmto záverom:

Je zdravotne
□ spôsobilý / □ nespôsobilý *)
na držanie alebo nosenie strelnej zbrane a streliva.

Na zníženú sluchovú ostrosť sa
□ neprihliadlo / □ prihliadlo *).

V ..... dňa .....

Odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára

_____

*) Označte jednu z možností.