

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

POSKYTOVATEĽ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI :

Adresa:

IČO:

Evidenčné číslo posudku:

LEKÁRSKY POSUDOK o zdravotnej spôsobilosti na držanie alebo nosenie zbrane a streliva

Priezvisko a meno:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Je spôsobilý*) – je nespôsobilý*)
na držanie alebo nosenie zbrane a streliva.

V

.....
Odtlačok pečiatky a podpis lekára

dňa

*) Nehodiace sa prečiarknite.