

**ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE**

Evidenčné číslo posudku:

Adresa:

IČO:

**LEKÁRSKY POSUDOK**  
**o zdravotnej spôsobilosti**  
**na držanie alebo nosenie zbraní a streliva**

**Priezvisko a meno:**

**Rodné číslo:**

**Adresa bydliska:**

**je spôsobilý\*)**

**je nespôsobilý\*)**

**na držanie alebo nosenie zbraní a streliva.**

**Poučenie:**

Proti tomuto posudku možno podať odvolanie podľa § 77 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti vedúcemu zdravotníckeho zariadenia do 15 dní od jeho doručenia.

V .....

.....

dňa .....

Odtlačok pečiatky  
a podpis lekára

---

\*) nehodiace sa prečiarknite