

**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.