

**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:**