**Приложение N 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 26 ноября 2021 года N 1104н**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование медицинской организации | | | | |  | | | | Код формы по [ОКУД](https://docs.cntd.ru/document/9035738#7D20K3) | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | Код учреждения по [ОКПО](https://docs.cntd.ru/document/1200000447#7D20K3) | | | | |  |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
| Адрес |  | | | |  | | | | Медицинская документация | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
| Лицензия | | |  | |  | | | | Форма N 002-О/у | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 ноября 2021 года N 1104н | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Медицинское заключение серия \_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Место регистрации: субъект Российской Федерации | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| район | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| город |  | | | | | | населенный пункт | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| улица |  | | | дом |  | | | | | квартира | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата выдачи медицинского заключения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Медицинское заключение: выявлено отсутствие медицинских противопоказаний к владению оружием.  6. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское заключение | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| МП | | | | | | | | | | | | | | |