**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 |
|  |  |  |
|  |  | Утвержденаприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот 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 |