

## ORVOSI VÉLEMÉNY

Lőfegyverek megszerzésére vagy tartására irányuló hatósági engedély kiadásához  
szükséges egészségügyi alkalmasságról

1. Név: .....
2. Születési hely: .....
3. Születési idő: ..... év ..... hó .....nap
4. Lakcím:.....helység.....utca .....hászám
5. Személyazonosításra alkalmas okirat száma, típusa: .....

**Minősítés:**

Alkalmas ..... év ..... hó ..... napjáig

Alkalmatlan

**Dátum**

**P.H. Aláírás**