

KONSULTACJA PSYCHIATRYCZNA

(Załącznik do karty badania lekarskiego osób ubiegających się o pozwolenie na broń /w celu zgłoszenia do rejestru broni pneumatycznej)

Imię i nazwisko badanego

numer PESEL

Adres miejsca zamieszkania

Wobec przeprowadzonego badania lekarskiego nie stwierdzam chorób psychicznych i zespołu uzależnienia od alkoholu.

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie psychiatrii)