

Наименование и адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности), основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)

Медицинская документация Учетная форма N 001-СВ/у

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от "___" _____ 20__ г. N ____

Регистрационный номер и дата предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

Медицинское заключение серия _____ N _____
о наличии (об отсутствии) у судоводителей маломерных судов
(кандидатов в судоводители маломерных судов) медицинских
противопоказаний или медицинских ограничений
к управлению маломерными судами

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) освидетельствуемого: _____

2. Дата рождения освидетельствуемого: "___" "___" _____ г.

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета освидетельствуемого _____

4. Адрес регистрации по месту жительства (по месту пребывания) освидетельствуемого: субъект Российской Федерации _____,
район _____,
населенный пункт _____,
улица _____, дом _____,
строение (корпус) _____, квартира _____

5. Выявлено:

наличие (отсутствие) (нужное подчеркнуть) медицинских противопоказаний к управлению маломерными судами;

наличие (отсутствие) (нужное подчеркнуть) медицинских ограничений к управлению маломерными судами.

6. Обязательное медицинское освидетельствование проведено в связи с возвратом удостоверения на право управления маломерным судном после истечения срока лишения права управления маломерным судном, либо в связи с возвратом удостоверения на право управления маломерным судном после отбытия наказания в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью (в случае лишения права управления маломерным судном): да (нет) (нужное подчеркнуть).

7. Дата выдачи медицинского заключения: "___" _____ г.

8. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, оформившего медицинское заключение: _____

М.П. медицинской организации
(при наличии)