

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Лицензия _____

Медицинское заключение серия ИЗ № 0170464

об отсутствии факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов

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

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ ;

место рождения _____

3. Пол (мужской/женский) _____

4. Документ, удостоверяющий личность _____

(№, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания) (нужное подчеркнуть)
субъект Российской Федерации _____

район _____

город _____

населенный пункт _____

улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

6. Сведения об имеющемся гражданстве _____

7. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

9. Дата выдачи медицинского заключения: число _____ месяц _____ год _____

10. Медицинское заключение: выявлено отсутствие факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов.

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское заключение: _____

М.П. (при наличии)

Наименование ответственной медицинской организации

Код формы по ОКПД

Код учреждения по ОКПО

Адрес

Медицинская документация
Форма N 001-ИЗ

Лицензия

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИЗ № 0665320

**о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний,
представляющих опасность для окружающих**

от « 20 г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ ;
место рождения _____

3. Пол (мужской/женский)

4. Документ, удостоверяющий личность _____
(№, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания) (служит: подчеркнуть)

субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____

населенный пункт _____

улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

6. Сведения об имеющемся гражданстве _____

7. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

Наименование ответственной медицинской организации

Код формы по ОКПД

Код учреждения по ОКПО

Адрес

Медицинская документация
Форма N 001-ИЗ

Лицензия

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИЗ № 0665320

**о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний,
представляющих опасность для окружающих**

от « 20 г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ ;
место рождения _____

3. Пол (мужской/женский)

4. Документ, удостоверяющий личность _____
(№, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания) (служит: подчеркнуть)

субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____

населенный пункт _____

улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

6. Сведения об имеющемся гражданстве _____

7. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

