

.....  
naziv zdravstvene ustanove

.....  
mjesto

Broj: .....

Datum: .....

### IZVJEŠTAJ

#### O PROMJENI ZDRAVSTVENOG STANJA LICA KOJE NABAVLJA, DRŽI ILI DRŽI I NOSI ORUŽJE I MUNICIJU

MUP RS

CJB.....

Zdravstvenim pregledom kod .....  
prezime, ime, ime oca

JMB.....adresa.....

LK.....izdata .....

utvrđena je sljedeća promjena zdravstvenog stanja:

Dg.:

.....  
.....

te Vam u skladu sa čl. 8 i čl. 9. Pravilnika o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za nabavljanje, držanje ili držanje i nošenje oružja i municije ( Sl. gl. RS br. .... /08), dostavljamo predmetni Izvještaj.

M.P.

.....  
*doktor porodične medicine*