

14

ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"
 Наименование медицинской организации
 356420 г. Благодарный
 ул. Однокозова, 162
 тел. 2-25-90
 Адрес инд. ОГРН 1022602421003
 Лицензия

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация
 Форма № 003-В/у

Утверждена приказом
 Министерства здравоохранения
 Российской Федерации
 от 15 июня 2015 г. № 344н

Медицинское заключение серия 07СК26 № 014001

о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств
 (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских
 противопоказаний, медицинских показаний или медицинских
 ограничений к управлению транспортными средствами

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

2. Дата рождения: число 02 месяц 09 год 1962

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации 05 район Жуковский

город Москва населенный пункт 4

улица Мусорная дом 4 квартира

4. Дата выдачи медицинского заключения: число 01 месяц 04 год 2014

5. Медицинское заключение:

Выявлено отсутствие (наличие) медицинских противопоказаний, медицинских
 показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными
 средствами (нужное подчеркнуть).

**Категории и подкатегории транспортных средств,
 на управление которыми предоставляется право на управление
 транспортными средствами**

"A"	"B"	"C"	"D"	"BE"	"CE"	"DE"	"Tm"	"Tb"	"M"	"A1"	"B1"	"C1"	"D1"	"C1E"	"D1E"
2	✓	✓	✓	2	2	2	2	2	2	2	✓	✓	✓	2	2

КОПИЯ ВЕРНА
 подпись

**Медицинские ограничения к управлению
транспортными средствами**

1) Категории "А" или "М", подкатегории "А1" или "В1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	Z
2) Категории "В" или "ВЕ", подкатегории "В1" (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	Z
3) Категории "С", "СЕ", "D", "DE", "Tm" или "Tb", подкатегории "C1", "D1", "C1E" или "D1E"	Z

**Медицинские показания к управлению
транспортными средствами**

С ручным управлением	Z
С автоматической трансмиссией	Z
Оборудованным акустической парковочной системой	Z
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения	Z
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха	Z

6. Фамилия, имя, отчество, подпись врача, выдавшего медицинское заключение:

Иванов Иван Иванович

КОПИЯ ВЕРНА
подпись *[подпись]*