

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός αφού εξέτασα τον/την

Τουκαι τηςγεννηθείς το 19..... στ.....

κάτοικος..... οδός..... αριθμός..... Πιστοποιώ ότι κατά την εξέταση αυτός-αυτή είναι υγιής ψυχικά, δεν είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών και δεν υφίσταται κανένα κώλυμα για την ανανέωση αδειάς κατοχής-οπλοφορίας σκοπευτικού όπλου.

Το παρόν δίδεται μετά από αίτημα του/της ιδίου/ίδιας για τον προαναφερόμενο λόγο.

ΑΘΗΝΑ,

Ο ΙΑΤΡΟΣ

Αριθμός Νόμιμου Ιατρού: