

Наименование медицинской организации _____ Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____
 Адрес _____ Медицинская документация
 Форма № 003-В/у
 Лицензия _____ Утверждена приказом Министерства здравоохранения
 Российской Федерации
 от 15 июня 2015 г. № 344н

Медицинское заключение серия **17В106 000020**

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 _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации: _____
 субъект Российской Федерации _____ район _____
 город _____ населенный пункт _____
 улица _____ дом _____ квартира _____
4. Дата выдачи медицинского заключения: число _____ месяц _____ год _____
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

«А»	«В»	«С»	«D»	«BE»	«CE»	«DE»	«Тm»	«Тb»	«М»	«А1»	«В1»	«O»	«D1»	«C1E»	«D1E»

Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами

1) Категории "А" или "М", подкатегории "А1" или "В1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	
2) Категории "В" или "BE", подкатегории "В1" (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	
3) Категории "С", "CE", "D", "DE", "Тm" или "Тb"; подкатегории "С1", "D1", "C1E" или "D1E"	

Медицинские показания к управлению транспортными средствами

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

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

М.П.