

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Лицензия _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма N 003-О/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 26 ноября 2021 г. N 1104н

**Медицинское заключение серия _____ N _____
об отсутствии в организме наркотических средств,
психотропных веществ и их метаболитов**

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 в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.

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

МП