MEDISCHE VERKLARING

ten behoeve van het verlengen van een Surinaams rijbewijs

Ondergetekende, arts

Naam: .....

BIG-nummer: .....

Keuringslocatie: .....

E-mail: .....

verklaart de volgende persoon medisch te hebben gekeurd:

Naam en voorletters: .....

Geboortedatum: .....

Geboorteplaats: .....

Straat en huisnummer: .....

Postcode en woonplaats: .....

Nummer Surinaams rijbewijs: .....

Identiteitsbewijs en nummer: .....

Telefoonnummer: .....

Bij de keuring zijn de medische voorgeschiedenis, het actuele medicatiegebruik en het gezichtsvermogen beoordeeld en is lichamelijk onderzoek verricht.

Conclusie

☐ **Medisch geschikt** ☐ **Medisch ongeschikt**

voor het besturen van: ☐ auto ☐ motor ☐ vrachtwagen ☐ bus

☐ alleen met bril of contactlenzen

Deze verklaring geeft de medische situatie weer op de datum van de keuring. Zij is afgegeven op verzoek van betrokkene, uitsluitend ten behoeve van de verlenging van het Surinaamse rijbewijs bij de bevoegde Surinaamse autoriteiten. Medische gegevens zijn niet vermeld.

Datum keuring: .....

Plaats: .....

Handtekening arts:

Stempel arts: