|  |  |
| --- | --- |
| **НАПРАВЛЕНИЕ №**  **на медицинский осмотр**  Дата выдачи: | |
|  | |
| **РАБОТОДАТЕЛЬ** | |
| Наименование |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| Форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД |  |
| **МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ** | |
| Наименование медицинской организации |  |
| Фактический адрес ее местонахождения |  |
| Код медицинской организации по ОГРН |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| **ВИД МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА:** предварительный | |
|  |  |
|  | |
| **РАБОТНИК** | |
| Ф.И.О. (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Пол | |  |  | | --- | --- | |  |  | | (нужное обвести) | | |
| Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) |  |
| Наименования должности (профессии), или вида работ |  |
| Вредные и(или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком контингента |  |
| Номер медицинского страхового полиса обязательного и(или) добровольного медицинского страхования |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уполномоченный представитель работодателя: | | |
|  |  |  |
| должность, фамилия, инициалы |  | подпись |
|  | | |
| Направление получил: | | |
|  |  |  |
| фамилия и инициалы лица, поступающего на работу (работника) |  | подпись |