|  |
| --- |
| **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 |