

**Направление
на обязательный медицинский осмотр**

Наименование организации: _____

Форма собственности: _____

ОКВЭД: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Направляет в:

Наименование медицинского учреждения _____

ОГРН: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Для прохождения _____ медицинского осмотра

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Пол _____

Полис ОМС (ДМС) _____

Поступающий на
работу/работающий (нужное
подчеркнуть)

Должность, подразделение _____

Вредные и (или) опасные факторы _____

Ответственное лицо работодателя: _____

(дата)

(подпись)