Направление

на обязательный медицинский осмотр

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование организации:  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Форма собственности: |  |  |  |
| ОКВЭД: |  |  |  |
| Адрес: |  |  |  |
| Телефон: |  |  |  |
| E-mail: |  |  |  |
|  |  |
| Направляет в:  |
|  |  |
| Наименование медицинского учреждения |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ОГРН: |  |  |  |
| Адрес: |  |  |  |
| Телефон: |  |  |  |
| Е-mail:  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  Для прохождения |  |  медицинского осмотра |
|  |  |  |  |
| Фамилия, имя, отчество |  |  |  |
| Дата рождения |  |  |  |
| Пол |  |  |  |
| Полис ОМС (ДМС)  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Место работы |  |  |  |
| Должность |  |  |  |
|  |  |  |
| Вредные и (или) опасные факторы |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ответственное лицо работодателя: |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| (дата) |  |  (подпись)  |  |