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) | | |  |