Направление

на обязательный медицинский осмотр

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование организации: | |  | |  | | |  |
| *Общество с ограниченной ответственностью «Медицина»* | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Форма собственности: | | *частная* | |  | | |  |
| ОКВЭД: | | *86:22* | |  | | |  |
| Адрес: | | *г. Н-ск , ул Летняя, д 14* | | | | |  |
| Телефон: | | *+712489876543* | |  | | |  |
| E-mail: | | *-* | |  | | |  |
|  |  | | | |
| Направляет в: | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Наименование медицинского учреждения: | | | | *ОГБУЗ «Больница»* | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| ОГРН: | | *123456789102* | |  | | |  |
| Адрес: | | *г. Н-ск , ул Летняя, д 1* | | | | |  |
| Телефон: | | *+712483456745* | |  | | |  |
| Е-mail: | | - | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Для прохождения | | | *периодического* | | | медицинского осмотра | |
|  | |  | |  | | |  |
| Фамилия, имя, отчество: | | *Маринину Марину Михайловну* | | | | | |
| Дата рождения: | | *02.12.1980* | |  | | |  |
| Пол: | | *женский* | |  | | |  |
| Полис ОМС (ДМС) № : | | *345678921* | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Место работы: | | *ООО «Медицина»* | | | | |  |
| Должность: | | *врач – мануальный терапевт* | | | | | |
|  | | | |  | | |  |
| Вредные и (или) опасные факторы: | | | |  | | |  |
| 1. *Биологический: патогенные микроорганизмы III и IV группы патогенности* | | | | | | | |
| *(п 2.4 раздела II прил. 1 к приказу № 29Н)* | | | | | | |  |
| 1. *Профессия ( работа) : работники медицинских организаций (п 27 раздела VI* | | | | | | | |
| *прил. 1 к приказу № 29Н)* | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Ответственное лицо работодателя: | | | | *Специалист по кадрам Семенова А. А.* | | | |
|  | |  | |  | | |  |
| *01.04.2021* | |  | | *Семенова* | | |  |
| (дата) | |  | | (подпись) | | |  |