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)  |  |