В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*укажите медучреждение, ОГРН, адрес и телефон*

НАПРАВЛЕНИЕ

на предварительный (периодический) медицинский осмотр

  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(укажите название медучреждения, фактический адрес, ОГРН, телефон)*

на основании договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_ от «\_\_»\_\_20\_\_г. для прохождения обязательного предварительного (периодического) медицинского осмотра направляется лицо, поступающее на работу в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(укажите название компании, форму собственности, ОКВЭД , адрес и телефон)*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество лица, поступающего на работу  |  |
| Дата рождения лица, поступающего на работу  |  |
| Пол лица, поступающего на работу  |  |
| Номер полиса ДМС (ОМС)  |  |
| Наименование структурного подразделения работодателя, в котором занято (будет занято) лицо, направляемое на медицинский осмотр  |  |
| Наименование должности (профессии) или вида работы  |  |
| Вредные и (или) опасные производственные факторы. Вид работы  |  |

Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)