_____
(наименование организации (предприятия), форма собственности, ОКВЭД)

_____
(адрес, электронная почта, контактный телефон)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

# Направление
# на периодический медицинский осмотр

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН,

_____
электронная почта, контактный телефон)

1. Ф. И. О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Пол работника мужской / женский (нужное подчеркнуть)

4. Номер страхового медицинского полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования _____

5. Поступающий на работу / работающий (нужное подчеркнуть)

6. Структурное подразделение _____

7. Должность (профессия) _____

8. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется _____

9. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____

_____

10. Вредные и (или) опасные производственные факторы: _____

_____

_____

_____

_____

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (должность уполномоченного представителя) | (подпись уполномоченного представителя) | (Ф. И. О.) |

Выдано:

_____ _____ _____