

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

(наименование организации (предприятия), форма собственности, вид экономической деятельности по ОКВЭД)

(адрес)

Код ОГРН организации

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

От «_____» _____ 201__ г. № _____

Направляется в _____ ООО «Медицинские осмотры» ул. Братьев Кашириных 34

наименование медицинской организации

1. Ф.И.О. _____

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

3. Цех, участок _____

4. Профессия (должность) _____

5. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы в соответствии с приложением 1 и виды работ в соответствии с приложением № 2 приказа № 302н:

код	наименование

(должность уполномоченного
представителя, служебный телефон)

(подпись уполномоченного представителя)

(Ф.И.О.)

М.П.

_____ (_____) «_____» _____ 201__ г.
подпись освидетельствуемого (Ф.И.О.)
работника