**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( форма собственности, ОКВЭД)

**вид оплаты: нал. / безнал.**

(ненужное зачеркнуть)

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на предварительный (периодический)**

(нужное подчеркнуть)

**медицинский осмотр (обследование)**

|  |
| --- |
| Направляется в  **ООО «ЛКП «Астромед»** |
| (наименование медицинской организации)  г.Сыктывкар, ул.Первомайская д.78/1 |
| (фактический адрес)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |
| Ф.И.О. работника |
| Дата рождения |
| (число, месяц, год) |
| Периодический/предварительный (ненужное зачеркнуть) |
| Структурное подразделение |
| Должность (профессия) |
| Перечень вредных и / или опасных факторов производства (Приказ № 302н от 12.04.11 г.): |
|  |
|  |
|  |
|  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | (должность уполномоченного представителя) | (подпись уполномоченного представителя) | (Ф.И.О.) | |

М.П.