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

 ( 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.