**Направление на предварительный/периодический медицинский осмотр.**

**№ 162334552111607**

Организация работодатель:

E-mail:

Контактный номер телефона:

ОКВЭД:

Вид медицинского осмотра:

Фамилия Имя Отчество:

Дата рождения: **,** Пол:

Номер медицинского страхового полиса:

Должность:

Структурное подразделение:

Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы, в соответствии с Приказом Минздрава №29н от 28.01.2021:

ФАКТОРЫ:

Для прохождения медицинского осмотра, необходимо явиться в медицинской центр:

**Название**

 по адресу

E-mail:

Контактный номер телефона:

**режим работы*:***

**примечания*:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Направление выдал: |  |  |
|  | (*Подпись)* |  |

**Направление получил:**

*(Подпись)*