
наименование работодателя, электронная почта, контактный телефон, форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

№ ___ от «___» _____

наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и код по ОГРН, электронная почта, контактный телефон	
вид медицинского осмотра	
фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника	
наименование структурного подразделения работодателя (при наличии)	
наименование должности (профессии) или вида работы	
вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком контингента	
номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования.	

Уполномоченный представитель работодателя:

(должность, фамилия, инициалы)

(подпись)