
(наименование организации (предприятия), форма собственности, ОКВЭД)

(адрес, электронная почта, контактный телефон)

Код ОГРН _____

**Направление
на предварительный (периодический) медицинский осмотр**

Направляется в ГУП РК «ПМО» г. Симферополь РК ул. Екатерининская, 19

(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН, электронная почта, контактный телефон)

1. Ф. И. О. _____

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Пол работника мужской/женский (нужное подчеркнуть)

4. Номер страхового медицинского полиса обязательного и (или) добровольного
медицинского страхования _____

5. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

6. Структурное подразделение _____

7. Должность (профессия) _____

8. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется _____

9. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: _____

10. Вредные и (или) опасные производственные факторы:

Руководитель службы управления персоналом

Выдано: