Направление

на обязательный медицинский осмотр

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование организации: | |  | |  | | |  |
| *Общество с ограниченной ответственностью "Ppt.ru"* | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Форма собственности: | | *Частная* | |  | | |  |
| ОКВЭД: | | *85.41.1* | |  | | |  |
| Адрес: | | *456789, Россия, Субъект РФ, просп. Замечательный, д.1* | | | | |  |
| Телефон: | | *+712489876543* | |  | | |  |
| E-mail: | | *ppt123@mail.ru* | |  | | |  |
|  |  | | | |
| Направляет в: | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Наименование медицинского учреждения: | | | | *ОГБУЗ «Больница»* | | |  |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| ОГРН: | | *123456789102* | |  | | |  |
| Адрес: | | *г. Москва, ул Летняя, д 1* | | | | |  |
| Телефон: | | *+712483456745* | |  | | |  |
| Е-mail: | | [bolnitsa@mail.ru](mailto:bolnitsa@mail.ru) | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Для прохождения | | | *периодического* | | | медицинского осмотра | |
|  | |  | |  | | |  |
| Фамилия, имя, отчество: | | *Петрова Петра Петровича* | | | | | |
| Дата рождения: | | *02.12.1980 г.* | |  | | |  |
| Пол: | | *мужской* | |  | | |  |
| Полис ОМС (ДМС) № : | | *345678921* | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Место работы: | | *ООО "Ppt.ru"* | | | | |  |
| Должность: | | *фельдшер* | | | | | |
|  | | | |  | | |  |
| Вредные и (или) опасные факторы: | | | |  | | |  |
| 1. *Биологический: патогенные микроорганизмы III и IV группы патогенности* | | | | | | | |
| *(п 2.4 раздела II прил. 1 к приказу № 29Н)* | | | | | | |  |
| 1. *Профессия ( работа) : работники медицинских организаций (п 27 раздела VI* | | | | | | | |
| *прил. 1 к приказу № 29Н)* | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| Ответственное лицо работодателя: | | | | *Ген. директор* | | | |
|  | |  | |  | | |  |
| *24.05.2021* | |  | | *Петров / Петров П.П.* | | |  |
| (дата) | |  | | (подпись) | | |  |