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  |  |  |
|  |  |  |  |
|  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)  |  |