

НАПРАВЛЕНИЕ
на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)
№ _____

Направляется в **ООО «Второе мнение»,**
по адресу: г. Краснодар, ул. Северная, 455

(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф. И. О. _____ **Иванов Иван Иванович** _____

2. Дата рождения _____ **01.01.1980** _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

4. Наименование организации _____ **ИП Воробьев И.В.** _____

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____ **водитель** _____

6. Профессия (работа) _____ **Пр.2. п.27** _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

(должность уполномоченного (подпись уполномоченного (Ф. И. О.)
представителя) представителя)

* Согласно приказу МЗ и СР РФ от 12.04 2011 г. N 302н: Приложение №1 (перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), Приложение №2 (перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры(обследования) работников).

М.П.