

ООО «Ромашка»
г. Томск, ул. Ромашковая, д.2 офис 3.
mail: romashka@mail.ru тел. (12-34-56)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

1. Наименование работодателя: *ООО «Ромашка»*
Форма собственности: *частная*
ОКВЭД: *49.41*
2. Наименование медицинской организации: *ООО «Здоровье»*
Адрес: *г.Томск, ул. Котовского, 19*
ОГРН: *1037000137998*
тел. *(3822) 90-22-02* mail: mail@mozdrav.ru
3. Вид медицинского осмотра: *периодический*
4. Ф.И.О *Иванов Иван Иванович*
5. Дата рождения: *01.01.1966 г.* Пол: *муж*
6. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии);
7. Наименование должности (профессии) или вида работы; *водитель*
8. Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ: *п.18.2*
9. Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования: *123456789*

МП

должность

ФИО

подпись

Направление подписывается уполномоченным представителем работодателя с указанием его должности, фамилии, инициалов (при наличии).