(наименование организации)

(контактный телефон, электронная почта)

(форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД)

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)** №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляется в **ООО «Второе мнение» ОГРН 1132310007720**

**Адрес: г. Краснодар, ул. Северная, 455 /8(861)205-05-44. /** [**medosmotr.krd@gmail.com**](mailto:medosmotr.krd@gmail.com)

1. **ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(число, месяц, год)

1. **Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)**
2. **Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии**)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Вид работы, в которой работник освидетельствуется** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить)

1. **Должность (профессия/работа)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\* Согласно Приказу Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021г. №29н: Приложение к Порядку проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации.).

*.*

*М.П.*