

Полное наименование организации

ИНН

Адрес электронной почты

Контактный телефон

# НАЛИЧНЫЕ / БЕЗНАЛИЧНЫЙ расчет

*(нужное подчеркнуть)*

# по договору № от . . г.

Отдел по работе

с юридическими лицами (договорной отдел):

Тел. +7 (343) 363-05-40 доб. 42

Эл. почта: [d@profosmotrekb.ru](mailto:d@profosmotrekb.ru)

Направление на ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ медицинский осмотр в медицинский центр «Профосмотр»

г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 86, (вход №3), тел.: 8 (343) 363-05-40

Дата направления 20 г.

Фамилия Имя Отчество Пол: мужской, женский *(нужное подчеркнуть)* Дата рождения г.

Наименование организации: Наименование структурного подразделения: Профессия (должность)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование вредных и (или) опасных производственных факторов и работ | Код фактора по  приказу МЗ РФ №29Н от 28.01.2021 г. | Класс  условий труда |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ответственный по охране труда (ОТ)

*(ФИО, подпись)*

М.П.

\* - без печати организации направление недействительно!

