

**Информация о работодателе:**

|  |
| --- |
|  |
| (Полное наименование организации) |
|  |
| (ИНН) |
|  |
| (Адрес электронной почты) |
|  |
| (Контактный телефон) |
|  |
| (ОКВЭД) |

Направление на ПЕРИОДИЧЕСКИЙ медицинский осмотр

в медицинский центр «Профосмотр»

г. Первоуральск, ул. Герцена, д. 19 (**вход со двора**), тел.: 8 (3439) 646-222

|  |  |
| --- | --- |
| Дата выдачи направления |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пол: мужской, женский *(нужное подчеркнуть)* | Дата рождения |  |

Г.

|  |  |
| --- | --- |
| СНИЛС |  |
| Профессия (должность) |  |
| Наименование структурного подразделения |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование вредных и (или) опасных производственных факторов и видов работ | Код фактора поприказу МЗ РФ №29Н от 28.01.2021 г. | Классусловий труда |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Уполномоченный представитель работодателя:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| *(должность)* |  |  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

\* - без печати организации направление недействительно!

