

|  |
| --- |
| **БЕЗНАЛИЧНЫЙ/НАЛИЧНЫЙ расчет** *(нужное подчеркнуть)***по договору № от . . г.** |
| Ответственный со стороны медицинской организации: Иванов Иван ИвановичТел.: 8 (343) 363-05-40 доб. 111Сот.**:**  |

|  |
| --- |
| Полное наименование организации |
|  |
| ИНН |
|  |
| Адрес электронной почты |
|  |
| Контактный телефон |
|  |

**Направление на предварительный/периодический (нужное подчеркнуть) медицинский осмотр на наличие медицинских противопоказаний к работе на судне согласно приказу МЗ РФ от 01.11.2022г № 714н. в медицинский центр «Профосмотр»**

г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 86, (вход №2, №3), тел.: 8 (343) 363-05-40

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

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

Г.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата заполнения формы |  |
| СНИЛС |  |
| Полис ОМС |  |
| Наименование организации |  |
| ОКВЭД организации |  |
| Наименование структурного подразделения |  |
| Профессия (должность) |  |
| Географические районы плавания (район с жарким тропическим климатом, Арктика, Антарктика) |  |
| Длительность рейсов (более или менее 3 месяцев) |  |

Уполномоченный представитель работодателя:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| *(должностное лицо)* |  |  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

\* - без печати организации направление недействительно

