|  |
| --- |
| **ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**Юр. адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| НАПРАВЛЕНИЕ № | **б/н** |  |
| на **предварительный** медицинский осмотр (обследование) |
| направляется в: |
| ООО «МОЙ ДОКТОР», г. ВЛАДИВОСТОК, УЛ. Печорская, д. 8.ОГРН 1112536015789 , moydoktor@yandex.ru, т. +7(423)246-99-46, +7(423)250-67-23 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ф.И.О. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
| 2. Дата рождения | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | (число, месяц, год) |
| 3. **Поступающий** |
| 4. Наименование должности (профессии) или вида работы, в которой работник освидетельствуется |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 5. Номер(а) пункта по приказу 29н, по которому освидетельствуется работник:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

М.П.