|  |
| --- |
| **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](mailto: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.