
(наименование организации (предприятия), электронная почта,
контактный телефон, форма собственности или ОКВЭД)

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)
(нужное подчеркнуть)

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, фактический адрес, код по ОГРН, электронная почта, контактный телефон)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____ 3. Пол работника _____
(число, месяц, год)

4. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии)

5. Наименование должности (профессии) или вида работы _____

6. Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со
списком контингента: Приказ № 29н МЗ РФ _____

(номер пункта или пунктов Перечня , перечислить)

7. Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинск
ого страхования _____

(должность уполномоченного представителя)

(подпись уполномоченного представителя)

(Ф.И.О.)

М.п.