**Направление №\_\_\_\_\_**

**на медицинский осмотр работника**

**РАБОТОДАТЕЛЬ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование работодателя |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| Форма собственности, ОКВЭД |  |

**МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации | **Общество с ограниченной ответственностью** **«Многопрофильный Медицинский Центр»** |
| Местонахождение МО | 623530, Свердловская обл., г.Богданович, ул.Свердлова, 1 |
| ОГРН | 1169658099456 |
| Электронная почта | org@mmc-zdorovie.com |
| Контактный телефон | (343) 345-16-85 |

1. Дата выдачи направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата осмотра\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период посещения - **вторник, среда (за исключением праздничных дней) с 09-30 час. до 13-30 час.**

3. Вид медицинского осмотра: **предварительный**

4. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Пол: мужской, женский (*нужное подчеркнуть)*

6. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Число, месяц, год рождения*

7. Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Номер полиса ОМС (и/или ДМС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Место работы, наименование структурного подразделения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наименование должности (профессии), или вида работ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Стаж работы в профессии (должности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет)

11.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование вредных и (или) опасные производственные факторов, видов работ, в соответствии со списком контингента | Код фактора по приказу МЗ Р РФ от 28.01.2021 № 29н |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ответственное лицо, составившее направление

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись (должность, Фамилия, инициалы) **М.П.\*\***

\* - заполняется только при оформлении направления на предварительный медицинский осмотр

\*\* -Без печати организации направление недействительно.

**В соответствии с договором Исполнитель имеет право не принимать работников Заказчика, явившихся в неустановленный период времени, а также без направления или без указания в направлении всех необходимых сведений в соответствии с требованиями п.9 Приказа №29н.**