

НАПРАВЛЕНИЕ

на предварительный (периодический) медицинский осмотр

Дата выдачи: «__» _____ 20__ г.

РАБОТОДАТЕЛЬ

Наименование: _____

Адрес, телефон: _____

ОКВЭД: _____

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области»

Адрес, телефон: 236006, г.Калининград, ул.Барнаульская, д.6

РАБОТНИК

ФИО: _____ Д/р: «__» _____ 20__ г.

Телефон: _____

Пол: _____

Адрес: _____

Паспорт: _____

Цех, участок _____

Профессия/должность: _____

Пункты приказа: _____

✓ Представитель работодателя
_____ / _____

✓ Направление получил
_____ / _____