Работодатель	**Медицинская организация**
(наименование организации (предприятия), форма собственности)	ФГБУЗ МСЧ№170 ФМБА РОССИИ *наименование медицинской организации*
отрасль экономики (ОКВЭД)	141070, МО, г. Королёв, ул. Ленина, д.2 *фактический адрес*
электронная почта	1035003350799 *ОГРН*
контактный телефон	info@msd170.ru +7(495) 513-85-39 *электронная почта, контактный телефон*

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

1. Ф. И. О. _____

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

4. Поступающий на работу / работающий (нужное подчеркнуть)

5. Структурное подразделение (цех, участок) _____

6. Должность (профессия) или вид работы _____

7. Номер медицинского страхового полиса ОМС и (или) ДМС

8. Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ: *****

Пункт(ы) перечня	Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ
1.	2.

_____ (должность уполномоченного представителя) _____ (подпись уполномоченного представителя) _____ (Ф. И. О.)

М.П. Дата _____

** (в соотв. с Приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. N 29н)*