

# НАЛИЧНЫЕ / БЕЗНАЛИЧНЫЙ расчет

*(нужное подчеркнуть)*

# по договору № от . . г.

Направление на ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ/ПЕРИОДИЧЕСКИЙ

*(нужное подчеркнуть)*

медицинский осмотр в медицинский центр

«Наше Здоровье»

Дата направления 20 г.

Фамилия Имя Отчество Пол: мужской, женский *(нужное подчеркнуть)* Дата рождения г.

Наименование организации: Наименование структурного подразделения: Профессия (должность)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование вредных и (или) опасных производственных факторов и работ | Код фактора поприказу МЗ РФ №29Н от 28.01.2021 г. | Классусловий труда |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ответственный по охране труда (ОТ)

*(ФИО, подпись)*

М.П.

\* - без печати организации направление недействительно!

