|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ООО «Многопрофильный медицинский центр»**  **620049 РФ, г. Екатеринбург, ул.Первомайская,104** | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Код ОГРН | **1** | **1** | **6** | **9** | **6** | **5** | **8** | **0** | **9** | **9** | | **4** | **5** | **6** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **НАПРАВЛЕНИЕ №** 1  **на медицинский осмотр**  Дата выдачи: «01» апреля 2021 г. | |
|  | |
| **РАБОТОДАТЕЛЬ** | |
| Наименование | ООО «Лучшая организация» |
| Электронная почта | best@organization.mail |
| Контактный телефон | +7 (343) 123-45-67 |
| Форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД | ОК.ВЭ.Д |
| **МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ** | |
| Наименование медицинской организации | Многопрофильный медицинский центр «ММЦ Здоровье» |
| Фактический адрес ее местонахождения | г. Екатеринбург, ул. Первомайская 104/1 |
| Код медицинской организации по ОГРН | 1169658099456 |
| Электронная почта | mmc@mmc-zdorovie.com |
| Контактный телефон | +7 (343) 345-16-85 |
| **ВИД МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА** | |
| предварительный | периодический |
| (нужное подчеркнуть) | |
| **РАБОТНИК** | |
| Ф.И.О. (при наличии) | Иванов Иван Иванович |
| Дата рождения | 01.01.1961г. |
| Пол | |  |  | | --- | --- | | М | Ж | | (нужное обвести) | | |
| Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) | Администрация |
| Наименования должности (профессии), или вида работ | Лифтер |
| Вредные и(или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком контингента | п. 7 Работа лифтера на лифтах скоростных (от 2,0 до 4,0 м/с) и высокоскоростных (свыше 4,0 м/с) при внутреннем сопровождении лифта  п. 4.4 Шум |
| Номер медицинского страхового полиса обязательного и(или) добровольного медицинского страхования |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уполномоченный представитель работодателя: | | |
| Специалист по охране труда Иванова И.И. |  |  |
| должность, фамилия, инициалы |  | подпись |
|  | | |
| Направление получил: | | |
| Иванов И.И. |  |  |
| фамилия и инициалы лица, поступающего на работу (работника) |  | подпись |

\* -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 Приказа №302н.**