|  |  |
| --- | --- |
| **Общество с ограниченной ответственностью**  **«Альтернативная стоматология»**  **аs2017@bk.ru. тел. 495-253-63-66,**  **форма собственности – частная партнерская, код по ОКВЭД 85.13**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наименование работодателя, электронная почта, контактный телефон, форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД |  |

**Направление на медицинский осмотр**

№ {{direction\_number}} от {{direction\_date}}

|  |  |
| --- | --- |
| наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и код по ОГРН, электронная почта, контактный телефон | {{medical\_org.name}}  ОГРН {{medical\_org.ogrn}}  {{medical\_org.address}}{% if medical\_org.email %}E-mail: {{medical\_org.email}}, {% endif %} {%if medical\_org.phone%}{{medical\_org.phone}}{%endif%} |
| вид медицинского осмотра | {{exam\_type}} |
| фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника | {{employee.FIO}}, {{employee.birth\_date}}, {{employee.gender}} |
| наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) | {{department}} |
| наименование должности (профессии) или вида работы | {{employee.position}} |
| вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком контингента | {{hazard\_factors}} |
| номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования. | {% if insurance.has\_oms%}ОМС {{insurance.oms\_number}}{% endif %}  {% if insurance.has\_dms%}ДМС {{insurance.dms\_number}}{% endif %} |

Уполномоченный представитель работодателя:

{{representative.position}} {{representative.FIO}}

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

(должность, фамилия, инициалы) (подпись)