${date} г. № ${id}/МО

**Направление**

**на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)**

**в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и код по ОГРН, электронная почта, контактный телефон)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Для прохождения обязательного предварительного (периодического) медицинского осмотра направляется лицо, поступающее на работу (работающее)  
 (нужное подчеркнуть)

в ${company\_name} (e-mail: ${company\_email}, телефон ${phone}, ${type\_of\_ownership}, вид экономической деятельности по ОКВЭД «${economic\_activity}»).

|  |  |
| --- | --- |
| Вид медицинского осмотра | ${typeOfDirection} |
| Фамилия, имя, отчество | ${fullname} |
| Дата рождения | ${birthdate} |
| Пол | ${gender} |
| Наименование структурного подразделения | ${department} |
| Наименование должности (профессии) или вида работы | ${profession} |
| Вредные и (или) опасные производственные факторы.  Вид работы | ${factors} |
| Номер медицинского страхового полиса обязательного  и (или) добровольного медицинского страхования |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **${author\_profession}** | **${author\_fullname}** |