Угловой штамп организации

**НАПРАВЛЕНИЕ на предварительный (периодический)**

**медицинский осмотр (обследование)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи | | | | | | | | |  | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Наименование организации, выдавшей направление | | | |  | | | ФГБУ «Кандалакшский государственный заповедник» | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| Электронная почта | | | | |  | | | kand\_reserve@mail.ru | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Контактный телефон | | | | | | | | |  | | 8 (81533) 9-32-50 | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| ОКВЭД |  | | 91.04.2 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Наименование медицинской организации | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Фактический адрес местонахождения | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Код по ОГРН |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Электронная почта | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Контактный телефон | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Фамилия, имя, отчество | | | | | | | **Хайтов Вадим Михайлович** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Дата рождения | |  | | 05 ноября 1971 г. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Пол работника | |  | | Мужской | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Наименование структурного подразделения | | | | | | | | | | |  | Научный отдел | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Наименование должности (профессии) или вида работы | | | | | | | | |  | | Старший научный сотрудник | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| Вид работы, в которой работник освидетельствуется | | | | | |  | | | | Работы в особых географических регионах с местами проведения работ, транспортная доступность от медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в экстренной форме превышает 60 минут (п. 11 приложения к Порядку, утв. приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н) | | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования | | | | | | | | | | | | |  | 01 09 0732454 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Специалист по ОТ,  8 81533 93250 |  |  |  | Митрофанова О.С. |
| (должность уполномоченного представителя, служебный телефон) | | (подпись уполномоченного представителя) | | (Ф.И.О.) |