

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Код закладу за ЗКПО <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Затверджена наказом МОЗ України <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> р. N <input type="text"/> <input type="text"/>

НАПРАВЛЕННЯ
на обов'язковий попередній медичний огляд
працівника

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Оформлення за професією (посадою) _____

Характеристика робочого місця _____

Додаток 1 п. п. _____ до наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.

Додаток 2 п. п. _____ до наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.

Підпис уповноваженої _____
 власником особи (підпис)

Дата " ___ " _____ р.

Висновок медичної комісії

Придатний (непридатний) до роботи за професією (посадою), у контактi з небезпечними та шкiдливими виробничими факторами, речовинами (згiдно з положенням N _____ пп. наказу МОЗ України (у несприятливих умовах працi) згiдно додатку пп. _____ наказу МОЗ України N 45 від 31.03.94 р.

Місце печатки лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ)

Заступник головного лікаря МСЧ
 (ЛПЗ, поліклініки профогляду) _____

Лікар-терапевт цехової
 (територіальної, лікарняної дільниці) _____

Зав. відділенням профілактики або
 поліклініки профілактичних оглядів _____

Дата " ___ " _____ р.

