

<hr/>		
<hr/>		
(наименование работодателя)		
<hr/>		
форма собственности	вид эконом. деят-ти работ-ля по ОКВЭД	
<hr/>		
<b>НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ) в НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Пенза ОАО «РЖД»</b>		
Адрес: 440600, г.Пенза, ул. Чехова, 17		Код по ОГРН 1045802005292
<hr/>		
Вид медицинского осмотра: предварительный или периодический (нужное подчеркнуть)		
Ф.И.О. лица, поступающего на работу (работника) _____		
<hr/>		
Дата рождения лица, поступающего на работу (работника) _____		
<hr/>		
Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором будет занято лицо, поступающее на работу (занят работник) _____		
<hr/>		
Наименование должности (профессии) или вида работы _____		
<hr/>		
Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительным (периодическим) осмотрам, стаж контакта с ними _____		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
(должность уполномоченного представителя работодателя)	(подпись уполномоченного представителя работодателя)	(ФИО)
<hr/>		
Дата выдачи направления _____		
М.П.		

<hr/>		
<hr/>		
(наименование работодателя)		
<hr/>		
форма собственности	вид эконом. деят-ти работ-ля по ОКВЭД	
<hr/>		
<b>НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ) в НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Пенза ОАО «РЖД»</b>		
Адрес: 440600, г.Пенза, ул. Чехова, 17		Код по ОГРН 1045802005292
<hr/>		
Вид медицинского осмотра: предварительный или периодический (нужное подчеркнуть)		
Ф.И.О. лица, поступающего на работу (работника) _____		
<hr/>		
Дата рождения лица, поступающего на работу (работника) _____		
<hr/>		
Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором будет занято лицо, поступающее на работу (занят работник) _____		
<hr/>		
Наименование должности (профессии) или вида работы _____		
<hr/>		
Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительным (периодическим) осмотрам, стаж контакта с ними _____		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
(должность уполномоченного представителя работодателя)	(подпись уполномоченного представителя работодателя)	(ФИО)
<hr/>		
Дата выдачи направления _____		
М.П.		



НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза ОАО «РЖД»  
Адрес: 440600, г.Пенза, ул. Чехова, 17  
Код по ОГРН 1045802005292

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол  $\frac{M}{Ж}$

Наименование работодателя \_\_\_\_\_

Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), должности (профессии) или вида работы \_\_\_\_\_

Наименование вредного производственного фактора(-ов) и (или) вида работы \_\_\_\_\_

Результат медицинского осмотра (медицинские противопоказания выявлены, не выявлены) \_\_\_\_\_

Дата следующего переосвидетельствования «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ г.

Дата заключения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ г.

**Председатель**  
**врачебной комиссии** \_\_\_\_\_  
**М.П.** (ФИО) (подпись)

**Освидетельствованное**  
**лицо** \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ г.  
(подпись) (ФИО) (дата)



НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза ОАО «РЖД»  
Адрес: 440600, г.Пенза, ул. Чехова, 17  
Код по ОГРН 1045802005292

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол  $\frac{M}{Ж}$

Наименование работодателя \_\_\_\_\_

Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), должности (профессии) или вида работы \_\_\_\_\_

Наименование вредного производственного фактора(-ов) и (или) вида работы \_\_\_\_\_

Результат медицинского осмотра (медицинские противопоказания выявлены, не выявлены) \_\_\_\_\_

Дата следующего переосвидетельствования «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ г.

Дата заключения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ г.

**Председатель**  
**врачебной комиссии** \_\_\_\_\_  
**М.П.** (ФИО) (подпись)

**Освидетельствованное**  
**лицо** \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ г.  
(подпись) (ФИО) (дата)

