

За наличный (безналичный) расчет (нужное подчеркнуть)

Наименование организации _____

_____ полностью

Направление на _____ (комиссионное психиатрическое
освидетельствование, ЭЭГ, обследование врачом-психиатром,
профилактический осмотр врачом-психиатром) № _____
в соответствии с договором _____

Направляется в БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница».

1.ФИО полностью _____

2.Дата рождения _____

3.Адрес по прописке _____

4.Поступающий на работу/работающий

5.Структурное подразделение _____

6.Вид работы ,в которой работник
освидетельствуется _____

7.Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

7.1 Химические факторы _____

7.2 Физические факторы _____

7.3 Биологические факторы _____

7.4 Тяжесть труда (физические перегрузки) _____

8.Профессия (должность) _____

Должность уполномоченного
представителя работодателя _____

_____ подпись

_____ ФИО

« _____ » _____ 20 ____ г.
М.П.