

Направление на обязательное психиатрическое освидетельствование

Наименование работодателя: _____

Адрес электронной почты, контактный номер телефона _____

ОКВЭД _____

Наименование медицинской организации: ОБУЗ «ОКПБ «Богородское»

Фактический адрес местонахождения: 153506, Ивановская область, Ивановский район, с. Богородское, ул. Б. Клинецовская, дом 2 а, ОГРН 1023701508687, электронная почта: pbbogorodskoe@ivreg.ru, телефон 8(4932)-33-69-56

Ф.И.О. работника _____

Дата рождения _____ Пол _____

Адрес регистрации _____

Наименование структурного подразделения работодателя, в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности
(заполняется при наличии)

Наименование должности (профессии) _____

Вид (виды) деятельности осуществляемый в соответствии с Приложением №2 к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 20.05.2022 г. № 342н

Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных ст. 220 ТК РФ (при наличии)

Дата выдачи направления работнику

Ф.И.О., должность, подпись работодателя
(его представителя)

Дата формирования направления: _____

Услуги по обязательному психиатрическому освидетельствованию оплачивает:

Работодатель (№ _____ договора _____ от _____) / Услуга оплачивается работником самостоятельно
(нужное подчеркнуть)