

1. _____
(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного медичного огляду « _____ » _____ року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив медичний огляд _____

5. Дата проведення медичного огляду « _____ » _____ року.

М.П.
Керівник закладу охорони здоров'я

(підпис)

(П.І.Б.)



Серія 10ДЯЮ№ 867936

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування, прізвище, ім'я та по батькові (повне), підпис (адреса) закладу охорони здоров'я, де введено в обіг цю форму		Форма первинної облікової документації	
МЕДИКО-АНТИТАРНО-ДОПОМОГА №3 Ідентифікаційний код 38945945		№ 1-ОМК	
ПРОФМЕДІКУНКТ		ЗАТВЕРДЖЕНО	
Код за ЄДРПОУ		Наказ МОЗ України 21.02.2013 р. №150	

ОСОБИСТА МЕДИЧНА КНИЖКА



Прізвище *Савченко*
Ім'я *Олександр*
По батькові *Миколайович*

«Діагност»

(найменування суб'єкта господарювання)

СПП, Шевченкова Е.А.

показання відсутні для виконання обов'язків

мол. суцільне, кудряве
(назва професії)

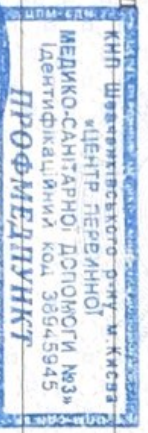
(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного

медичного огляду «16» серпня 2019 року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив

медичний огляд



5. Дата проведення медичного огляду «16» серпня 2019 року.

М.П.
Керівник закладу охорони здоров'я



1.

(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного

медичного огляду « » року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив

медичний огляд

5. Дата проведення медичного огляду « » року.

М.П.
Керівник закладу охорони здоров'я

(підпис)

(П.І.Б.)