

Серія 1094ЮN^o 867934

(назва професії)

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

ДЫГЛО ИИНЬИДЭМ

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

М.П.
Керівник закладу
охорони здоров'я

ТОВ «Укрспецтрансбанк», зал. 20-012, 2020 р. 1 кв.

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА
ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної “облікової документації”

№ 1-ОМІК

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
21.02.2013 р. №150

[illegible][illegible]

ОСОБИСТА МЕДИЧНА КНИЖКА



Дізнання
Ім'я

Відомості про особу, яку слід розшукувати

Батькові

Невизначено

Стор. 1

1. Свєтлєтє
(найменування суб'єкта господарювання)

ФOP "Інтерсєрвїс Е.А"

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

Інженєр
(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного

медичного огляду «16 сєрєпня 2024 року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив

медичний огляд



5. Дата проведення медичного огляду 16 серпня 2024 року



М.П. Керівник закладу охорони здоров'я Т.Т.
(підпис)

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.)