

# НАПРАВЛЕНИЕ (ФОРМА)

на медицинский осмотр (обследование)

ООО «НВ-МЕДИКА» Лицензия № ЛО-77-01-019751 от 11.03. 2020 года ОГРН 1157746375434

\_\_\_\_\_  
(наименование работодателя/Заказчика с указанием формы собственности)

ОКВЭД \_\_\_\_\_ (основной)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения сотрудника Заказчика)

МУЖ СНИЛС \_\_\_\_\_

ЖЕН полис ОМС/ДМС \_\_\_\_\_

ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

СНИЛС, полис страхования, ФОТО 3Х4 (при наличии)

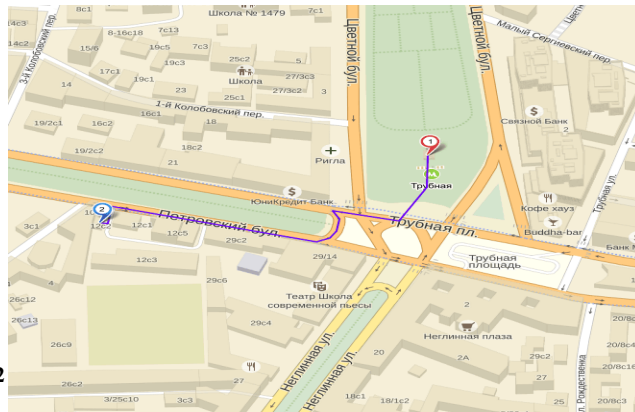
Адрес медицинской организации: г. Москва, Петровский бульвар, дом12, стр.2

метро Трубная. Почта: office@nv-medica.ru

Режим работы: понедельник-пятница: 08:00-18:00

Суббота: с 9:00 до 17:00. Воскресенье выходной

Телефон: 8 (495) 150-16-56, 8 (929) 558 1572



№ договора \_\_\_\_\_

НОВАЯ ЛМК ПРОДЛЕНИЕ ЛМК Форма оплаты:  Нал  Безнал

Вид деятельности организации: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Флюорография   | <input type="checkbox"/> Профилактическая прививка против дифтерии /исследование крови на напряженность иммунитета к дифтерии |
| <input type="checkbox"/> Исследования на гельминтозы  | <input type="checkbox"/> Профилактическая прививка кори / исследование крови на напряженность иммунитета к кори               |
| <input type="checkbox"/> Исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций  | <input type="checkbox"/> Исследование крови на ВИЧ  |
| <input type="checkbox"/> Серологическое обследование на брюшной тиф   | <input type="checkbox"/> Исследование крови на гепатит В / С  |
| <input type="checkbox"/> Исследование на носительство стафилококка  | <input type="checkbox"/> Осмотр врача психиатра / нарколога   |
| <input type="checkbox"/> Мазок на гонорею   | <input type="checkbox"/> Осмотр врачом - акушером-гинекологом   |
| <input type="checkbox"/> Исследование крови на бруцеллез  | <input type="checkbox"/> Вакцинация против гепатита А   |
| <input type="checkbox"/> Исследования биологического материала физических лиц (мазок из ротоглотки) на выявление РНК новой коронавирусной инфекции COVID-19 (SARS-CoV-2), методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)               | <input type="checkbox"/> Вакцинация против дизентерии Зонне   |
| <input type="checkbox"/> Исследования на наличие иммунитета к новой коронавирусной инфекции COVID-19 (SARS-CoV-2), а именно взятие венозной крови на определение иммуноглобулинов (Ig) M, методом иммуноферментного анализа (ИФА) | <input type="checkbox"/> <u>Исследование:</u> Астровирус / Норовирус 1 и 2 типов / Ротавирус А и С / Энтеровирус              |
| <input type="checkbox"/> Исследования на наличие иммунитета к новой коронавирусной инфекции COVID-19 (SARS-CoV-2), а именно взятие венозной крови на определение иммуноглобулинов (Ig) G, методом иммуноферментного анализа (ИФА) | <input type="checkbox"/> Периодическая профессиональная аттестация  |

- ВИД медицинского осмотра: **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОДИЧЕСКИЙ**
- Форма оплаты: **Нал Безнал**
- Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) \_\_\_\_\_
- Наименование должности сотрудника / или вида работы \_\_\_\_\_
- Вредные и(или) опасные произв.факторы, виды работ в соответствии со списком контингента \_\_\_\_\_

Психиатрическое освидетельствование  ДА  НЕТ

Форма оплаты:  Нал  Безнал

Дополнительная информация

Уполномоченный представитель Заказчика (работодателя)  
ФИО \_\_\_\_\_  
Должность \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_

М.П. (обязательно)

Направление получил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись / ФИО сотрудника

(Адрес ДОСТАВКИ документов при необходимости)