

Утверждена
приказом БУЗ ВО «Вологодский областной
психоневрологический диспансер №1»
№ 211 от 2 сентября 2024 г.

Форма

(наименование работодателя)

(юридический адрес)

(контактный номер телефона, адрес электронной почты)

(вид экономической деятельности по ОКВЭД)

НАПРАВЛЕНИЕ от _____
(дата формирования направления)
на обязательное психиатрическое освидетельствование

В бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» (фактический адрес нахождения: 162600, г. Череповец, ул. Ком. Белова, д. 44; ОГРН 1023501237231; электронная почта vopnd1@vopnd1.ru, контактный телефон 8 (8202) 49-02-85, 49-05-75) на основании договора об оказании платных медицинских услуг от _____ 20__ № ____ для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования направляется работник

Фамилия, имя, отчество и пол работника	
Дата рождения работника	
Наименование структурного подразделения работодателя, в котором работник осуществляет отдельный(е) вид(ы) деятельности	
Наименование должности (профессии) работника	
Вид(ы) деятельности, осуществляемый(е) работником в соответствии с приложением № 2 к приказу Минздрава России от 20.05.2022 г. № 342н	
Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и(или) периодических медицинских осмотров работников (при наличии)	

_____	_____
(Должность, фамилия и инициалы уполномоченного лица)	(подпись)

	(дата выдачи направления)