

НАПРАВЛЕННЯ
на проведення психофізіологічної експертизи

(назва підприємства, структурний підрозділ)

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Обрана професія (посада) за ДК 003:2010 _____

Вид роботи (№, назва)* _____

Підпис уповноваженої роботодавцем особи

(підпис) (прізвище та ініціали)

Дата _____

Адреса: вул. М.Берлінського, 9. тел. 044 362-44-85 прийом 09 ⁰⁰ -14 ⁰⁰

* Вид робіт згідно наказу МОЗ та Дежнаглядохоронпраці 263/121 від 23.09.1994 року