

.....
pieczęć jednostki zlecającej

WZÓR

**ZLECENIE BADAŃ Z ZAKRESU MEDYCyny PRACY W ZWIĄZKU Z BADANIAMi
WSTĘPNymi/OKRESOWYMI* DO SKIEROWANIA NR:.....**

*niepotrzebne skreślić

1. Imię i nazwisko pracownika:
nr PESEL:
stanowisko:

2. Obligatoryjne badania do wykonania w siedzibie Zamawiającego:

☐
☐
☐

.....
.....
.....

3. Pracownikowi/kandydatowi zleca się ponadto, **wykonanie w siedzibie Wykonawcy**
następujących badań, konsultacji:

.....
.....

4. Dane kontaktowe do umówienia terminu wizyty:

.....
data, pieczęć i podpis lekarza