…… ……

(oznaczenie pracodawcy) (miejscowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE
(do celów sanitarno-epidemiologicznych)

do Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Pana/Panią .....
(imię i nazwisko)

nr PESEL .....

zamieszkałego/zamieszkałą .....
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

telefon kontaktowy badanego …….

zatrudnionego/zatrudnioną lub podejmującego/podejmującą pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy
.....
.....
określenie stanowiska/stanowisk pracy .....
.....

……
(podpis pracodawcy/ osoby kierującej na badania)

.....