

1. П.П. Сиваченко Спрі
(найменування суб'єкта господарювання)

1. _____
(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків
(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків
(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного медичного огляду 19 листопада 2011 року

3. Дата наступного медичного огляду _____ року

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив медичний огляд С.М. Гавришинець
м. Львів

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив медичний огляд _____

5. Дата проведення медичного огляду 1 листопада 2011 року

5. Дата проведення медичного огляду « _____ » _____ року

М.П.
Керівник закладу охорони здоров'я



(П.І.Б.)

М.П.
Керівник закладу охорони здоров'я

(підпис)

(П.І.Б.)

*Згідно з протоколом медичного огляду
Директор С.М. Гавришинець
05. 01. 2012*



