|  |  |
| --- | --- |
| *Реквизиты организации, желающей пройти медицинский осмотр* | Главному врачу ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»К.М. Локтионову |

Уважаемый Константин Михайлович!

 Прошу заключить договор возмездного оказания услуг по проведению периодического медицинского осмотра работников с указанием средней стоимости услуг по договору и провести на базе Центра профпатологии консультативной поликлиники ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» обязательный периодический медицинский осмотр (обследование) стажированных работников (при стаже работы 5 лет во вредных (опасных) условиях труда ([подклассы 3.1 - 3.4](http://ivo.garant.ru/document/redirect/70552676/1441)[класс 4](http://ivo.garant.ru/document/redirect/70552676/145))), занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, нашей *организации (учреждения, предприятия и т.д.)* в *ближайшее возможное время (или укажите конкретный желаемый временной период, например: в ноябре 2021 г.)*. Списки работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию) прилагаются.

Приложение:

Списки работников на \_\_\_листах в 1экземпляре.

*Руководитель (директор и т.д.)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись

Контактное лицо:

Ф.И.О. (полностью)

Телефон

Адрес электронной почты