

Munkáltató megnevezése: .....

***Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra***

Név: ..... Szül. év: ..... hó: ..... nap: .....

Lakcím: ..... TAJ szám: .....

Munkakör: .....

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közzését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat

Kelt: .....

P.H.

.....  
Munkáltató aláírása

Megbízott partner: Hungária Med-M Kft.,

Székhely: 1132 Budapest, Csanády utca 6/b

Rendelő címe: 1135 Budapest, Jász utca 33-35.

Telefon,fax: 0630/633-0961, 061/236-0176