

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: 06 30 633 0961, 06 1 800 9333