

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

г. Новороссийск № 3 КК

г. Новороссийск, Сухоумское шоссе, д. 84

(карьер)

ОГРН 1032309081551

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА № _____

_____ 20__ г.
(дата оформления)

1. Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

2. Пол: М Ж 3. Дата рождения _____ (число, месяц, год)

4. Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____

5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): _____

_____ телефон _____

6. Номер страхового полиса ОМС _____

7. Место работы: _____

7.1. Вид экономической деятельности: _____

7.2. Полное наименование организации (предприятия) _____

7.3. Форма собственности организации (предприятия): _____

7.4. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отделение и т.д.): _____