

# Žádost o provedení závodní lékařské preventivní péče

v souladu s platnými právními předpisy

objednatel

poskytovatel (sídlo pobočky)

Moje ambulance a.s.

V  
Y  
P  
I  
N  
Í  
  
P  
E  
R  
S  
O  
N  
Á  
L  
N  
Í  
  
O  
D  
D  
Ě  
L  
E  
N  
Í

## Druh úkonu

vstupní prohlídka

preventivní prohlídka

příjmení, jméno, titul

trvalé bydliště

rodné číslo

zdravotní pojišťovna

pracovní zařazení

kategorie

za objednatele:

\_\_\_\_\_   
 podpis

V  
Y  
P  
I  
N  
Í  
  
P  
E  
R  
S  
O  
N  
Á  
L  
N  
Í  
  
O  
D  
D  
Ě  
L  
E  
N  
Í

V  
Y  
P  
I  
N  
Í  
  
L  
É  
K  
A  
Ř

zpráva o výsledku prohlídky

poznámka

V

dne

\_\_\_\_\_   
 razítko a podpis

V  
Y  
P  
I  
N  
Í  
  
L  
É  
K  
A  
Ř