

УТВЕРЖДАЮ

(должность)

(подпись, инициалы, фамилия)

«    »                      20    г.

ОТЧЁТ

о проведении оценки профессиональных рисков

Медицинское учреждение (Больница)

(полное наименование работодателя)

УрФО

(место нахождения и осуществления деятельности работодателя)

6600000000

(ИНН работодателя)

(ОГРН работодателя)

(код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД)

2022 г.