

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



249 370 140 162

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат

М Б У З Г К Б 5 - _____
(наименование медицинской организации)

Ч Е Л Я Б И Н С К К А С Л И Н С К А Я 6 0 А
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи **03 - 04 - 2017** **1027402331769**
(ОГРН)

Ф П А Н Т Е Л Е Е В

И М А К С И М

О А Н А Т О Л Ь Е В И Ч
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

01 - 06 - 1972
(Дата рождения)

Причина нетрудоспособности **01** код доп код код изм.



_____ место работы-наименование организации

Основное По совместительству № _____ Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

_____ дата 1 _____ дата 2 _____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ

по уходу: _____ возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима _____ Дата _____ - _____ - _____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с _____ по _____

Дата направления в бюро МСЭ: _____

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____ Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ: _____ Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

Печать учреждения медико-социальной экспертизы

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
03 - 04 - 2017	06 - 04 - 2017	ТЕРАПЕВТ	НА ЗАРОВА И В	

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с _____ Иное: _____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать медицинской организации

_____ место работы-наименование организации Основное По совместительству

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____

ИНН нетрудоспособного: _____ (при наличии) СНИЛС _____ - _____ - _____

Печать работодателя

Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от _____ - _____

Дата начала работы _____ Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т.ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.

Причитается пособие за период: с _____ по _____

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок _____ р _____ к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р _____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. ИТОГО НАЧИСЛЕНО _____ р _____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

169