

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



321 836 574 654

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат

Г В У З Т Г Б Д Э М _____
(наименование медицинской организации)
 М О С К В А Ю Б И Л Е Й Н А Я (Г О Р О Д Т Р О И Ц К) 5
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи 0 2 - 1 0 - 2 0 1 8 1 0 2 5 0 0 6 0 3 9 1 0 1
(ОГРН)

Ф Р Ы Ж О В
 И В А Л Е Н Т И Н
 О Н И К О Л А Е В И Ч
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Печать
медицинской
организации

2 9 - 1 2 - 1 9 5 2 М Ж Причина нетрудоспособности 0 1
(Дата рождения) код доп код код изм.

Основное По совместительству № _____
(место работы-наименование организации) Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

по уходу: _____
 дата 1 _____ дата 2 _____ № путежки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____
 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
0 2 - 1 0 - 2 0 1 8	0 5 - 1 0 - 2 0 1 8	В О П	Е С Ю Н И Н А Н Н	

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С _____ Иное: _____

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

Печать
медицинской
организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

Регистрационный № _____ / _____ Основное По совместительству
(место работы-наименование организации) Код подчинённости

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____
(при наличии)

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 _____