

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



первичный  продолжение листка нетрудоспособности № \_\_\_\_\_  
 дубликат

**ООО МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЕ**  
(наименование медицинской организации)

**МОСКВА КРАСНОДОНСКАЯ 18**  
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи **30 - 12 - 2013** **1057712345678**  
(ОГРН)

Ф **ЗИМИНА**

И **АЛЛА**

О **ВАСИЛЬЕВНА**  
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

**10 - 07 - 1985**  
(Дата рождения)

м  ж

Причина нетрудоспособности **05**  
код доп код ком. изм.

**ЗАО МОРОЗКО**  
(место работы-наименование организации)

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости



Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_

по уходу	дата 1	дата 2	№ путевки	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
<b>30 - 12 - 2013</b>	<b>18 - 05 - 2014</b>	<b>ГИНЕКОЛОГ</b>	<b>ЛАРИНА НС</b>	<i>Ларина</i>



ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с **19 - 05 - 2014** Иное: \_\_\_\_\_

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № \_\_\_\_\_ Подпись врача: *Ларина*

Печать медицинской организации

**ЗАО МОРОЗКО**  
(место работы-наименование организации)

Основное  По совместительству

Регистрационный № **77121234561** Код подчинённости **35001**

ИНН нетрудоспособного: \_\_\_\_\_ СНИЛС **123 - 456 - 789 - 11**

Условия исчисления \_\_\_\_\_ Акт формы Н-1 от \_\_\_\_\_

Дата начала работы \_\_\_\_\_ Страховой стаж: **05** лет **11** мес. в т. ч. нестраховые периоды: \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.

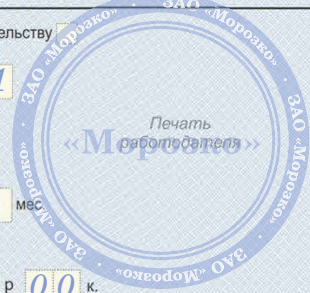
Причитается пособие за период: с **30 - 12 - 2013** по **18 - 05 - 2014**

Средний заработок для исчисления пособия: **808800** р **00** к. Средний дневной заработок **1200** р **00** к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя \_\_\_\_\_ р \_\_\_\_\_ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации **168000** р **00** к. ИТОГО НАЧИСЛЕНО **168000** р **00** к.

Фамилия и инициалы руководителя: **БЕЛОВ КЮ** Подпись: *Белов*

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: **АНДРЕЕВА МА** Подпись: *Андреева*



ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ