

**Перечень рекомендуемых мероприятий по улучшению условий труда**

Наименование организации: Общество с ограниченной ответственностью «ЭВЕР Нейро Фарма»

Наименование структурного подразделения, рабочего места	Наименование мероприятия	Цель мероприятия	Срок выполнения	Структурные подразделения, привлекаемые для выполнения	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6
Мероприятия по улучшению условий труда не требуются					