Nazwa i adres Wykonawcy Załącznik nr 4 do Umowy nr ….. /2021

(pieczęć firmowa)

**WYKAZ PRACOWNIKÓW/FUNKCJONARIUSZY, U KTÓRYCH W MIESIĄCU PRZEPROWADZONO BADANIA PROFILAKTYCZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko pracownika/funkcjonariusza**  **oraz miejsce świadczenia pracy** | **Data badania** | **uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |