

ZESTAWIENIE GODZIN PRACY POMOCNIKA
LEKARZA WYZNACZONEGO DO AKCJI MONITORINGOWEJ GRUŹLICY,
BRUCELOZY I BIAŁACZKI

Lp.	Data	Ilość pobranych próbek	Ilość godzin pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
Suma			

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podpis pomocnika)

Potwierdzam wykonanie czynności pomocniczych zgodnie z zestawieniem.

.....
(podpis lek. wet.)