ZESTAWIENIE GODZIN PRACY POMOCNIKA

LEKARZA WYZNACZONEGO DO POBIERANIA PRÓB OD BYDŁA I OWIEC

DO BADAŃ W KIER. **CHOROBY NIEBIESKIEGO JĘZYKA**

Lp.	Miejscowość	Data	Ilość gospodarstw	Ilość pobranych próbek	Ilość godzin pracy
	SUMA				

....

(Miejscowość, data) (podpis pomocnika)

Potwierdzam wykonanie czynności pomocniczych zgodnie z zestawieniem.

.....

(podpis lek. wet.)