

**WYKAZ PRACOWNIKÓW**  
**w ramach prac .....**

LP	IMIĘ NAZWISKO	DATA WAŻNOŚCI BADAŃ PROFILAKTYCZ NYCH	DATA ODBYCIA SZKOLENIA BHP
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Oświadczam, że wyżej wymienieni pracownicy zostali zapoznani z oceną ryzyka zawodowego przy wykonywaniu prac określonych w umowie.

Podpis Wykonawcy