Załącznik nr 4

do Umowy …………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Potwierdzenie wykonania usługi mycia i dezynfekcji lodówki na odpady medyczne**  **Lokalizacja: ………………………………………….**  **Miesiąc: ……………………………………………….**  adres | | | | | |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Nazwa firmy** | **Rodzaj usługi mycie/dezynfekcja** | **Data** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |