**Załącznik nr 4**

Nazwa i adres Wykonawcy

(pieczęć firmowa)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko pracownika** | **Nazwa Oddziału** | **Data badania** | **Koszt badań wykonanych danemu pracownikowi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SUMA NETTO** | | | |  |

Data ……………………………

.............................................

(*podpis i pieczęć Wykonawcy)*