


| | | |
|---|---|------------------------------|
|  | Załącznik 6 - Lista osób zapoznanych z Planem BIOZ | Data opracowania: 2022/10/26 |
| | | Nr umowy: |

Lista osób zapoznanych z Planem BIOZ

Ja, niżej podpisany oświadczam, że otrzymałem do wglądu lub drogą elektroniczną, Plan Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia z dnia, oraz że zapoznałem się z jego treścią i zobowiązuję się do przestrzegania i stosowania zapisów w nim zawartych w pełnym zakresie.

| Lp. | Imię i nazwisko | Firma | Data | Podpis |
|-----|-----------------|-------|------|--------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |