

**Wykaz przeprowadzonych badań pracowników**

Lp.	Nazwisko i imię pracownika	Data urodzenia	Stanowisko	Wydział/ jednostka/ dział	Rodzaj świadczenia <sup>1)</sup>	Cena	Uwagi

1) – wg wykazu świadczeń dla pracowników w ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych

.....  
(pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej)