

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKÓW DOSTAWCY/DZIERŻAWCY
O ZAPOZNANIU SIĘ Z ZAGROŻENIAMI WYSTĘPUJĄCYMI W ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ
W KOŃSKICH

Nazwa, adres i numer telefonu firmy

.....

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zagrożeniami dla życia i zdrowia na terenie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich, zostałem(am) przeszkolony(a) z zakresu:

- zasad BHP,
- ochrony środowiska,
- przeciwpożarowych,

zobowiązuję się do ich stosowania podczas wykonywania powierzonych mi prac.

Wykaz pracowników poinformowanych o zagrożeniach:

Lp.	Nazwisko i imię	stanowisko	data	podpis
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

15				
16				
17				
18				
19				
20				

Podpisy osób prowadzących szkolenie:

1. data

2. data

3. data

4. data

5. data