**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 |  |  |  |  |