

**PROTOKÓŁ KONTROLI STANU HIGIENICZNEGO**

Data oceny	Osoby kontrolujące	Komórka organizacyjna
Podstawa	Nr umowy:	
Nieprawidłowości		
Opis :		
Ustalone działania naprawcze:		
Opis :		
Termin wykonania:	Data i podpis	
Zrealizowane działania:		
<i>Data i podpis</i>		
Ocena przeprowadzonych działań		
<input type="checkbox"/> Pozytywna	<input type="checkbox"/> Negatywna	<i>Data i podpis</i>