|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data wizyty | Imię i nazwisko  Nazwa jednostki | Cel wizyty | Oświadczam, że jestem zdrowy\* (TAK/NIE) | Własnoręczny podpis |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |