

.....
(Data)

ZGŁOSZENIE ZAPOTRZEBOWANIA

- udział lekarza w komisji BHP
- Przeprowadzenie wizytacji stanowisk pracy
- Aktualizacja składu apteczki
- Aktualizacja ryzyka zawodowego

Nazwa Firmy:

Adres Firmy: (miejsce Komisji BHP)

Imię i Nazwisko oraz tel. osoby kontaktowej z Firmy

Imię i Nazwisko Lekarza MP dedykowanego do opieki (jeśli był już wyznaczony):

Data i godzina zaplanowanego spotkania (ew. kilka terminów do wyboru):

Forma spotkania: online stacjonarna

Planowany czas trwania (uwzględniamy czas, w którym jest wymagana obecność lekarza):

Agenda spotkania:

.....
(pieczęćka pracodawcy)