

2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Zaměstnanec:

Titul, jméno a příjmení	Podpis	Dne:

Zaměstnanec svým podpisem potvrzuje, že byl seznámen s níže uvedenými osobními ochrannými pracovními prostředky, s jejich používáním a údržbou a s návodem na použití, pokud byl výrobcem osobního ochranného pracovního prostředku vydán.

[illegible]