

Przychodnia Lekarska WAT SPZOZ

KARTA PRACY**Rodzaj instalacji**

Lp.	Data	Rodzaj pracy naprawy/konserwacji	Lokalizacja	Zużycie materiałów			Potwierdzenie wykonania (użytkownik)
				Ilość sztuk	Wartość brutto	Dokument zakupu	

Pozycji razem_____
Wykonawca_____
Akceptacja