

.....
(Nazwa jednostki organizacyjnej)

Warszawa, dnia

**ZAMÓWIENIE NA ODZIEŻ ROBOCZĄ / ODZIEŻ OCHRONNĄ
WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

L.p	Imię i Nazwisko	Stanowisko pracy	Rodzaj Odzieży	Rozmiar Odzieży				Data ostatniego pobrania	Uwagi *)
				Wzrost	Obwód klatki piersiowej	Obwód pasa	Obwód bioder		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*) w przypadku zamawianych koszul podać rozmiar kołnierzyka

Uzasadnienie zamówienia:.....
.....

.....
Dział Ochrony Pracy i Środowiska

.....
Podpis kierownika jednostki organizacyjnej