.................................................................

*(pieczęć jednostki organizacyjnej)*

**KARTA EWIDENCYJNA WYPOSAŻENIA BHP**

Pracownik ............................................................................................ .......................................................................................

*(nazwisko i imię) (stanowisko pracy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa wyposażenia** | **E-ekwiwalent**  **U-pobranie** | **Okres używalności w latach** | **Jednostka miary** | **Data pobrania** | **Data zdania** | **Ilość** | **a) Potwierdzenie odbioru**  **b) Potwierdzenie zdania** | **Numer protokołu strat** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | a) |  |  |
| b) |

\* niepotrzebne skreślić