Nazwa Zakładu

 **Lista obecności za**

**Dotyczy umowy: CAZ.A.500.1.1. .2024****. miesiąc ………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **Imię i Nazwisko:**  |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **6** |  |
| **7** |  |
| **8** |  |
| **9** |  |
| **10** |  |
| **11** |  |
| **12** |  |
| **13** |  |
| **14** |  |
| **15** |  |
| **16** |  |
| **17** |  |
| **18** |  |
| **19** |  |
| **20** |  |
| **21** |  |
| **22** |  |
| **23** |  |
| **24** |  |
| **25** |  |
| **26** |  |
| **27** |  |
| **28** |  |
| **29** |  |
| **30** |  |
| **31** |  |

 **……………………………………**

 **Podpis i pieczątka**

 **Organizatora\***

\* W przypadku, gdy „Organizator” nie posiada pieczątki, wymagany jest czytelny podpis

\* W przypadku nieobecności należy zaznaczyć - N