

LISTA OBECNOŚCI

**Z POSIEDZENIA KOMISJI DS. DOKONYWANIA ZGŁOSZEŃ NARUSZEŃ
PRAWA ORAZ OCHRONY SYGNALISTÓW W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM
ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH
W DNIU**

| L.p | Imię i nazwisko | Data | Podpis | Uwagi |
|-----|-----------------|------|--------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |