

Formularz uczestnictwa

Niniejszym potwierdzam, że uczestniczyłem/am w praktycznym szkoleniu z higienicznej dezynfekcji rąk.

DesiCoach®

Szkolenie z dezynfekcji rąk

MIEJSCE _____

DATA _____

	IMIĘ I NAZWISKO	DZIAŁ	PODPIS
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25