# PRACOWNICY WYZNACZENI

## DO UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY

**odpowiedzialni za wyposażenie apteczek**
**i przeszkoleni w zakresie udzielania pierwszej pomocy.**

..... — .....

..... — .....

..... — .....

Imię i nazwisko — Jednostka organizacyjna, telefon służbowy, nr pokoju

## DO WYKONYWANIA DZIAŁAŃ W ZAKRESIE ZWALCZANIA POŻARÓW I EWAKUACJI PRACOWNIKÓW

..... — .....

..... — .....

Imię i nazwisko — Jednostka organizacyjna, telefon służbowy, nr pokoju

.....
(podpis pracodawcy)