Evidenční karta č. /

EVIDENČNÍ KARTA POSKYTNUTÝCH OOPP

Jméno/místo**:**

Podepsaný svým podpisem potvrzuje, že byl náležitě seznámen vedoucím zaměstnancem, na jaká rizika a na jakém pracovišti a za jakých podmínek má být OOPP použit. Zaměstnanec podpisem stvrzuje, že byl seznámen s návodem výrobce a způsobem údržby OOPP, kterému porozuměl, a že v případě zjištění špatného stavu OOPP ihned informuje VZ a požádá o výměnu.

název OOPP	životnost měsíce	datum vydání	důvod mimořádného vydání - zkrácení životn.	Podpis