Załącznik nr 12

**REJESTR WYKONANEJ DEZYNFEKCJI WÓZKA DO TRANSPORTU ZWŁOK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Data wykonanej  dezynfekcji | Godzina | Imię i nazwisko osoby zmarłej | Imię i nazwisko osoby wykonującej dezynfekcję |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |