
nazwa podmiotu

Wykaz roboczogodzin

za miesiąc.....

LP.	DATA WYKONANIA CZYNNOŚCI	Imię i nazwisko wyznaczonego lekarza weterynarii	FAKTYCZNY CZAS PRACY			Podpis wyznaczonego lekarza weterynarii	Podpis i pieczęć osoby potwierdzającej wykonanie czynności
			godzina przyjcia	godzina wyjścia	ilość godzin		
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							