MUNI
PHARM

Příloha č.1: Prezenční listina

Níže podepsaní zaměstnanci stvrzují svým podpisem, že byli seznámeni se závaznými pokyny pro provádění činností externích osob z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany na Farmaceutické fakultě MU a přiloženými riziky na pracovištích FaF MU. Svým podpisem potvrzují, že výkladu plně porozuměli.

Jméno, příjmení	Společnost	Datum	Podpis	Podpis odpovědné osoby