

Załącznik nr 1

ZLECENIE WYKONANIA STERYLIZACJI

Pieczęć oddziału / poradni / firmy

Wypełnia pracownik oddziału / poradni / firmy			Wypełnia pracownik CS			
Lp.	Nazwa asortymentu	Ilość	PR / PL*	Uwagi	Ilość wydana	Uwagi
DATA PRZYJĘCIA DO CS			DATA WYDANIA Z CS			
PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ			PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ			
PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ			PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ			

(Z-01)

* - PR – sterylizacja parowa / PL – sterylizacja plazmowa