



# WARMIŃSKO – MAZURSKA IZBA LEKARSKA z siedzibą w Olsztynie

10-560 Olsztyn ul. Żołnierska 16C; tel: +48 89 539 19 29, fax: +48 89 534 44 83,  
<http://www.wmil.olsztyn.pl>, e-mail: [olsztyn@hipokrates.org](mailto:olsztyn@hipokrates.org)

## **WNIOSEK ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ**

Imię.....

Nazwisko.....

Specjalizacja.....

Nr Prawa Wykonywania zawodu .....

Praca (adres).....

Dane do kontaktu.....

Ja, niżej podpisany(a) zgłaszam swoje zapotrzebowanie na środki ochrony osobistej

Rodzaj środków	Ilość sztuk
<b>Przyłbice</b>	
<b>Maski chirurgiczne</b>	
<b>Maski typu FFP2</b>	
<b>Google ochronne</b>	
<b>Kombinezon ochronny klasy II</b>	

.....  
(data, podpis)