

MIESIĘCZNA LISTA OBECNOŚCI - .... (MIESIĄC, ROK)  
POSIŁKI REGENERACYJNE – ..... (DZIAŁ)

PRACOWNIK: .... (IMIĘ I NAZWISKO)

| L.P. | TYGODNIE | LICZBA WYDANYCH POSIŁKÓW | PODPIS |
|------|----------|--------------------------|--------|
| 1.   |          |                          |        |
| 2.   |          |                          |        |
| 3.   |          |                          |        |
| 4.   |          |                          |        |
| 5.   |          |                          |        |
|      |          | SUMA:                    |        |

POTWIERDZAM:

.....