



ДНЕВНИК ЗА ДЕЗИНФЕКЦИРАНЕ

ЗА ОБЕКТ:

.....
ПРИ
.....

.....20...г.

Служба по трудова медицина „Медик Консултинг“ ООД

www.bgtrudovamedicina.com, www.zbut.bg, www.cpomc.eu, www.grafici.bg

e-mail: office@bgtrudovamedicina.com, e-mail: ivoniks.consult@gmail.com, e-mail: info@zbut.bg, e-mail: info@cpomc.eu

национален номер 0700 20 744 - тел. +359 2 4900361 - моб. тел.: +359 87 8272999

1/10

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Служба по трудова медицина „Медик Консултинг“ ООД

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Служба по трудова медицина „Медик Консултинг“ ООД

www.bgtrudovamedicina.com, www.zbut.bg, www.cpomc.eu, www.grafici.bg
 e-mail: office@bgtrudovamedicina.com, e-mail: ivoniks.consult@gmail.com, e-mail: info@zbut.bg, e-mail: info@cpomc.eu
 национален номер 0700 20 744 - тел. +359 2 4900361 - моб. тел.: +359 87 8272999

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис

Служба по трудова медицина „Медик Консултинг“ ООД

Дата	Час	Вид помещение/ участък и място на обработването	Начин на използване на препарата/наименование	Дезинфектант / препарат	Лице, извършило почистването	Подпис