

Zeszyt kontroli procesu sterylizacji

.....
Nazwa gabinetu

.....
Numer zeszytu

Data

godzina

nr cyklu

Lp	Narzędzia	Liczba	Zgodność	Uwagi

Miejsce na wklejenie testu

Miejsce na wklejenie testu

.....
Podpis osoby upoważnionej