

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej)

Karta pracy aparatury badawczej

miesiąc..... rok.....

.....
(nazwa aparatury)

.....
(nr inw.)

.....
(nr fabr.)

Dzień miesiąca	Czas wykorzystania aparatury w godzinach			Ogółem godzin pracy	Podpis prowadzącego badania
	nr zlecenia/umowy	Badania	Inne (np. zleczone, awarie)		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
razem					

.....
(podpis opiekuna)