

MIESIĄC..... rok.....

ARKUSZ OCENY CZYSTOŚCI

OBIEKT ul.

Częstotliwość	Termin kontroli (data. godz.)	UWAGI / BRAK UWAG	Podpis kontrolującego
Sprzątanie codzienne		1. ....	.....
		2. ....	.....
		3. ....	.....
		4. ....	.....
		5. ....	.....
		6. ....	.....
		7. ....	.....
		8. ....	.....
		9. ....	.....
		10. ....	.....
		11. ....	.....
		12. ....	.....
		13. ....	.....
		14. ....	.....
		15. ....	.....
		16. ....	.....
		17. ....	.....
		18. ....	.....
		19. ....	.....
		20. ....	.....
		21. ....	.....
		22. ....	.....
		23. ....	.....
		24. ....	.....

