

RAPORT KONTROLI WSPÓLNEJ

Zleceniodawca:

Nazwa kontrolowanego materiału:

.....

.....

Imię i nazwisko przedstawiciela:

.....

.....

Imię i nazwisko przedstawiciela sinGRAPH:

Data kontroli:

.....

.....

LP	WYNIK KONTROLI:				TAK:	NIE:	
	Lokalizacja		Nr mieszkania lub domu jednorodzinny	Odpowiedź		Wynik adresu:	Uwagi:
	Ulica	nr. budynku		TAK	NIE		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							



WYNIK KONTROLI:					TAK:	NIE:	
LP	Lokalizacja		Nr mieszkania lub domu jednorodzinne	Odpowiedź		Wynik adresu:	Uwagi:
	Ulica	nr. budynku		TAK	NIE		
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
Odpowiedzi twierdzące:		Odpowiedzi negatywne: (podpis przedstawiciela sinGRAPH)	 (podpis Zleceniodawcy)		

