………………………………………..

 (pieczątka jednostki)

Miesiąc , rok…………………………………………………………….

**Miesięczna karta pracy aparatu**

………………………………………………. ………………………………………………..

 (nazwa aparatu) (nr inw.)

 ………………………………………………..

 (nr fabr.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kolejny dzień miesiąca** | **Czas wykorzystania aparatury w godzinach** | **Podpis prowadzącego badania/dydaktykę** |
| **Dydaktyka** | **Badania** | **Inne**(np. zlecone, awarie) | **Ogółem godzin pracy** |
| 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 Kierownika Jednostki)