

ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIGE på arbetsplatsen



ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG

Namn _____

Telefon _____

Anträffbar

Plats _____ kl _____



1. VICE ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG

Namn _____

Telefon _____

Anträffbar

Plats _____ kl _____



2. VICE ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG

Namn _____

Telefon _____

Anträffbar

Plats _____ kl _____