|  |
| --- |
| **УТВЕРЖДАЮ**  Руководитель ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /  «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.  М.П. |

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**санитарных постов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование страхователя)

**подлежащих комплектации аптечками для оказания первой помощи работникам в 202\_\_\_\_ году**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Место нахождения  санитарного поста | Количество работников  (чел.) | Количество аптечек на год  (шт.) | Цена  за 1  аптечку  (руб.) | Стоимость  (всего)  (руб.) | Местонахождение мед. аптечек |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО: |  |  |  |  |  |

Начальник отдела ОТ ФИО