

## INSTRUKCJA WYSTAWIANIA SKIEROWAŃ PRZEZ PLATFORMĘ EZD

Inspector   3.124.70.69   Universystet w Białymstoku     Nowe O   W reolizacji O   Przekazane   Zakończone   Zakończone   Do wiadomości   Witeolizacji O   Da wiadomości   Witeolizacji O   Da wiadomości   Watane   Udatępnione   Istaw zastępców     Sprawdź zastępców (0)   Istaw zastępców     Istaw zastępców     Klikamy "rozpocznij proces"     Inspector     Klikamy "rozpocznij proces"
3.124-70.69 Universitet w Białymstoku     Foldery     Nowe O   W realizacji O   Przekazane   Zakończane   Do wiadomości   Wkłady własne   Udostępnione     Wiłady własne   Udostępnione     Wychodzące   Szablony obiegu   Lity seryine   Dekretacja   Sprawy   Sprawy   Pateworcie     Klikamy "rozpocznij proces"     Linki   Nowa koszulła
Nowe Nowe pisma   Nowe Nowe pisma   W redizacij Imak   Przekazone Imak   Zakończone Imak   Do wiadomości Imak   Wkłady własne Imak   Udostępnione Imak   Istak Imak   Ustaw zastępców Imak   Istak I
Nowe Nowe pisma więcej>   W realizacji więcej>   brak brak     Zakóńczone   Do wiadomości   Wkłady własne   Udostępnione     Wstady własne   Udostępnione     Wstady własne   Udostępnione     Wychodzące   Szablony obiegu   Lity servjne   Dekrotoża   Klikamy "rozpocznij proces"     Klikamy "rozpocznij proces"
W reolizacji O       brak       brak         Przekazane       Zakóńczone       Do wiadomości       Image: Comparison of the state speciów (0)         Do wiadomości       Image: Comparison of the state speciów (0)       Image: Comparison of the state speciów (0)       Image: Comparison of the state speciów (0)         Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów (0)       Image: Comparison of the state speciów (0)         Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów (0)       Image: Comparison of the state speciów (0)         Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów (0)       Image: Comparison of the state speciów (0)         Image: Comparison of the state speciów         Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów         Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów       Image: Comparison of the state speciów         Image: Compare: Comparison of the state speciów
Przekazane   Zokończone   Do wiodomości   Wkłady własne   Udostępnione     Ustaw zastępców     brak   Ustaw zastępców     Do wiodomości     Wstady własne   Udostępnione     Do wiodomości     Brzydatne     Wychodzące   Szablony obiegu   Lity servjne   Dekretocjo   Klikamy "rozpocznij proces"     Klikamy "rozpocznij proces"     Iniki
Zokończone   Do wiadomości   Wkłady własne   Udostępnione   Ustaw zastępców     Wstadki   bodania lekorskie   (1)     Przydalne     Wychodzące   Szablony obiegu   Listy seryjne   Dekretacja   Sprawy   Sprawy     Klikamy "rozpocznij proces"     Linki   Nowa koszulka
Do wiadomości   Wkłady własne   Udostępnione   Wstaw zastępców   Ustaw zastępców     Istaw zastępców     Przydalne     Wychodzące   Szablony obiegu   Listy senyine   Dekretacja   Sprawy   Perzypoznie     Klikamy "rozpocznij proces"     Linki   Nowa koszulka
Wkłady własne   Udostępnione   Wstaw zastępców     bodonia lekorskie   (1)     Przydalne     Wychodzące   Szablony obiegu   Listy servjne   Dekretacja   Klikamy "rozpocznij proces"   Sprawy   Parzwugcie
Udostępnione Ustaw zastępców bodonia lekorskie (1) Przydotne Wychodzące Szabiony obiegu Listy servjne Dekretacja Sprawy Pszerwacje
Vakładki   bodania lekarskie   (1)     Przydatne     Wychodzące   Szablony obiegu   Listy servjne   Dekretacja   Sprawy   Pazerwacie     Klikamy "rozpocznij proces"   Linki   Nowa koszulka
badania lekarskie   (1)   Przydatne   Wychodzące   Szablony obiegu   Listy servjne   Dekretacja   Klikamy "rozpocznij proces"   Sprawy   Rezerwacie
(1) Przydatne Wychodzące Szablony obiegu Listy senyjne Dekretacja Sprawy Rezerwacje Mikamy "rozpocznij proces" Linki Nowa koszulka
Przydatne         Wychodzące         Szablony obiegu         Listy servjne         Dekretacja         Klikamy "rozpocznij proces"         Sprawy         Rezerwacje
Wychodzące Szabiony obiegu Listy seryjne Dekretacja Klikamy "rozpocznij proces" i Linki Sprawy Rezerwacie
Szablony obiegu Listy seryjne Dekretacja Klikamy "rozpocznij proces" Sprawy Rezerwacje
Listy servine Dekretacija Klikamy "rozpocznij proces" Sprawy Rezerwacije Nowa koszulka
Dekretacja Klikamy "rozpocznij proces" Sprawy Rezerwacje Nowa koszulka
Sprawy Rezerwacie Nowa koszulka
Rezervacie Nowa koszulka
Kalendarz Rozpocznij proces
Rejestry Dostępność zasobów
Grupy dystrybucyjne
Listy adresatow
Spis spraw EZD PUW Instrukcja użytkownika
Spis niestanowiących akt sprawy
Wyszukiwanie Walidacja Certyfikatów UE - European Commission
Walidacja Certyfikatów EZD
Logout



dawca koszuki: 10.2024 10:03:34 Misuk Miga meloz Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Universytetu • Wybierz pracowników Please select: Anuluj Oceen Permi 49 0.20150505259 CE Norwy • € Notatka © Załącznik © Opini @ Powjąz • Piermo * © Odświez © Rozwiń powjązane Precedajnii plik		Termin załatwienia Przypomnienie	
to be to be the set of	adawca k	zulki:	
Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Uniwersytelu         • Wybierz pracownika kierowanego na badania lekarskie         lista pracowników         Please select:         • Muluj         Ochecer Forms 4.9 8.201505052329 CE	rmularz	Wybie	eramy pracowni
<ul> <li>• Wybierz pracownika kierowanego na badania lekarskie</li> <li>lista pracowników</li> <li>Please select:</li> <li>Anułuj</li> <li>Otheon Forms 4.9.0.201505052220 CE</li> </ul>		Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Uniwersytetu	
Ista pracowników   Please select:   Anuluj   Otheon Forms 4.9.0.201505052329 CE    Nowy		<ul> <li>Wybierz pracownika kierowanego na badania lekarskie</li> </ul>	
Anuluj Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE Nowy ▼ Potatka @ Załącznik ♀ Opinia ֎ Powiąz ← ePismo ▼ ☆ Odświez ☆ Rozwiń powiązane ♪		lista pracowników	
Anuluj Orbecon Forms 4.9.0.201505052329 CE Nowy ▼ ♪ Notatka ② Załącznik ♀ Opinia ☞ Powiąz ← ePismo ▼			
Anuluj Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE		Please select:	
Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE		Anuluj	
Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE			
to Nowy ▼ □ Notatka 10 Załącznik □ Opinia 12 Powiąż 1 Ce ePismo ▼ 12 Odśwież 1 Rozwiń powiązane Przeciągnij plik		Drbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	
<b>to</b> Nowy ▼ 🕞 Notatka 🖉 Załącznik 🔄 Opinia 🔊 Powiąż ← ePismo ▼ 🔂 Odśwież 😭 Rozwiń powiązane			
k <b>a</b> Nowy ▼ 🕞 Notatka 🖉 Załącznik 🔄 Opinia 🔊 Powiąż ぞ ePismo ▼ 🔂 Odśwież 🗐 Rozwiń powiązane 🎦 Przeciągnij plik			
ła I Nowy ▼ 🕞 Notatka 🖉 Załącznik 🗔 Opinia 🔊 Powiąż 🌪 ePismo ▼ 🔂 Odśwież 🗊 Rozwiń powiązane Przeciągnij plik			
ta Nowy ▼ 🕞 Notatka 🕑 Załącznik 🗔 Opinia 🖉 Powiąż 🌪 ePismo ▼ 🔂 Odśwież 📹 Rozwiń powiązane			
ta Nowy ▼ 🕞 Notatka 🖉 Załącznik 🗔 Opinia 📨 Powiąż ← ePismo ▼ 🔂 Odśwież 🕤 Rozwiń powiązane			
ia Nowy 🗸 🖵 Notatka 🖉 Załącznik 🗔 Opinia 😰 Powiąż 🌈 ePismo 🗴 🔂 Odśwież 📹 Rozwiń powiązane рrzeciągnij plik			
Nowy 🗸 🕞 Notatka 🖉 Załącznik 🗔 Opinia 😰 Powiąż 🌪 ePismo 🗸 🔁 Odśwież 🗃 Rozwiń powiązane			
	la		
	a Nowy	Notatka 🖉 Załącznik 🖵 Opinia 🚱 Powiąż Cepismo 🗸 🔂 Odśwież 🗐 Rozwiń powiązane	

Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Uniwersytetu
<ul> <li>Wybierz pracownika kierowanego na badania lekarskie</li> </ul>
lista pracowników
Sawicki Damian - informatyk, Dział Sieci Komputerowych
<ul> <li>Dane pracownika kierowanego na badania lekarskie</li> </ul>
Wybrany pracownik
Sawicki Damian - informatyk
Jednostka wybranego pracownika
Dział Sieci Komputerowych
* Wybierz rodzaj badania Okresowe Kontrolne

## Nadawca koszulki: 29.10.2024 10:05:38 Tyborowski Maciej Formularz Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Uniwersytetu - Wybierz pracownika kierowanego na badania lekarskie lista pracowników Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki, Dział Sieci Komputerowych - Dane pracownika kierowanego na badania lekarskie Wybrany pracownik Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki Jednostka wybranego pracownika Dział Sieci Komputerowych Wybieramy zagrożenia na stanowisku pracy Proszę wybrać grupę czynników a następnie czynniki występujące na stanowisku pracy pracownika. Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki chemiczne Czynniki biologiczne Inne czynniki

Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 C

Wygeneruj zaświadczenie

lista pi	racownikow			
Łucz	zaj Artur - st.specjalista ds.informatyki, Dzi	ał Sieci Komputerowych	~	
Dane	e pracownika kierowanego na	badania lekarskie		
Wybra	any pracownik			
Łucza	aj Artur - st.specjalista ds.informatyki			
Jedno	ostka wybranego pracownika			
Dział	ł Sieci Komputerowych			
Prosz	zę wybrać grupę czynników a następnie	czynniki występujące na stanowisku j	pracy pracownika.	
Prosz Zagroz (grupy	zę wybrać grupę czynników a następnie żenia na stanowisku y czynników) zynniki fizyczne	czynniki występujące na stanowisku j chemiczne Czynniki biologic	pracy pracownika. zne ☑ Inne czynniki	
Prosz Zagroz (grupy	zę wybrać grupę czynników a następnie żenia na stanowisku y czynników) zynniki fizyczne Czynniki c Inne czynniki	czynniki występujące na stanowisku p chemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika	zne Inne czynniki	
Prosz Zagroz (grupy	zę wybrać grupę czynników a następnie sżenia na stanowisku y czynników) zynniki fizyczne Czynniki c Inne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku chemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne	

	<ul> <li>Wybierz pracownika kierowanego</li> </ul>	o na badania lekarskie							
	lista pracowników								
	Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki, Dział Sieci Komputerowych								
	<ul> <li>Dane pracownika kierowanego na badania lekarskie</li> </ul>								
	Wybrany pracownik								
	Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki								
	Jednostka wybranego pracownika								
	Dział Sieci Komputerowych								
Możliwość dodania kolejnych zagrożeń	Proszę wybrać grupę czynników a następr Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników) Czynniki fizyczne	nie czynniki występujące na stanowisku p ki chemiczne	zne						
	Inne czynniki	Nazwa czynnika	ID czynnika						
	Obsługa monitorów ekranowych	Obsługa monitorów ekranowych	0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC1						
	Wygeneruj zaświadczenie Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE								

	<ul> <li>Dane pracownika kierowanego na</li> </ul>	badania lekarskie					
	Wybrany pracownik						
	Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki						
	Jednostka wybranego pracownika						
	Dział Sieci Komputerowych						
	Proszę wybrać grupę czynników a następnie Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki	e czynniki występujące na stanowisku chemiczne	pracy pracownika.				
Iożliwość usuniecia	Obsługa monitorów ekranowych 🗸	Obsługa monitorów ekranowych	0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC1				
agrożeń	<ul> <li>▲ Insert Above</li> <li>◆ Insert Below</li> </ul>						
	↑ Move Up ↓ Move Down						
	Orbe						

	Wybierz pracownika kierowanego	na badania lekarskie	
	lista pracowników		
	Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki, Dz	iał Sieci Komputerowych	<b>v</b>
-	Dane pracownika kierowanego na	badania lekarskie	
	1 5		
	Wybrany pracownik		
	Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki		
	Jednostka wybranego pracownika		
	Dział Sieci Komputerowych		
	Proszę wybrać grupę czynników a następnie	e czynniki występujące na stanowisku p	pracy pracownika.
	Proszę wybrać grupę czynników a następnie Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki o	e czynniki występujące na stanowisku p chemiczne	pracy pracownika. zne
ikamy wygoporuj	Proszę wybrać grupę czynników a następnie         Zagrożenia na stanowisku         (grupy czynników)         Czynniki fizyczne         Inne czynniki	e c <b>zynniki występujące na stanowisku p</b> chemiczne	zne Inne czynniki
likamy "wygeneruj	Proszę wybrać grupę czynników a następnie Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki Inne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	e czynniki występujące na stanowisku p chemiczne Czynniki biologic: Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	oracy pracownika. zne   ☑ Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC1:
likamy "wygeneruj aświadczenie"	Proszę wybrać grupę czynników a następnie Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki Inne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	e czynniki występujące na stanowisku p chemiczne Czynniki biologic: Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	zne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC1



ur - st.specjalista ds.informatyki wybranego pracownika			
wybranego pracownika			
i Komputerowych			
rodzaj badania			
we			
ne			
brać grupę czynników a następnie	czynniki występujące na stanowisku p	pracy pracownika.	
brać grupę czynników a następnie	czynniki występujące na stanowisku p	pracy pracownika.	
brać grupę czynników a następnie na stanowisku iników)	czynniki występujące na stanowisku p	pracy pracownika.	
brać grupę czynników a następnie na stanowisku mików)	czynniki występujące na stanowisku p	pracy pracownika.	
brać grupę czynników a następnie na stanowisku mików) i fizyczne 🛛 Czynniki c	czynniki występujące na stanowisku į hemiczne 🗌 Czynniki biologic	pracy pracownika. zne 🗹 Inne czynniki	
brać grupę czynników a następnie na stanowisku ników) :i fizyczne Czynniki c czynniki	czynniki występujące na stanowisku j hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika	pracy pracownika. zne Inne czynniki	
brać grupę czynników a następnie na stanowisku ników) ti fizyczne Czynniki czynniki psługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku j hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEB	EC1
brać grupę czynników a następnie na stanowisku ników) i fizyczne Czynniki czynniki osługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku j hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEB	EC1
brać grupę czynników a następnie na stanowisku ników) i fizyczne Czynniki czynniki osługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku j hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DE8	EC1
brać grupę czynników a następnie na stanowisku ników) ti fizyczne Czynniki czynniki osługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku j hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEB	EC1
brać grupę czynników a następnie i na stanowisku iników) ti fizyczne Czynniki czynniki psługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku p hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEB	EC1
brać grupę czynników a następnie na stanowisku ników) ti fizyczne Czynniki czynniki osługa monitorów ekranowych V	czynniki występujące na stanowisku j hemiczne Czynniki biologic Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	pracy pracownika. zne Inne czynniki ID czynnika OEF414EA-0037-4CEB-A912-DEB	EC1
	rodzaj badania ve	rodzaj badania ve	rodzaj badania Ne

ane pracownika kierowanego i	na badania lekarskie	
Vybrany pracownik		
Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki		
ednostka wybranego pracownika		
Dział Sieci Komputerowych		
Wybierz rodzaj badania		
) Okresowe		
roszę wybrać grupę czynników a następ	onie czynniki występujące na stanowisk	u pracy pracownika.
agrożenia na stanowisku		
agrożenia na stanowisku grupy czynników)		
iagrożenia na stanowisku grupy czynników) ] Czynniki fizyczne 🛛 Czynni	iki chemiczne 🗌 Czynniki biolog	giczne 🛛 Inne czynniki
iagrożenia na stanowisku grupy czynników) ] Czynniki fizyczne	iki chemiczne 🗌 Czynniki biolog Nazwa czynnika	giczne 🛛 Inne czynniki ID czynnika
Cagrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynn nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
(agrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynni nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
(agrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynn nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
(agrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynn nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych V	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
agrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynn nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych Veryfikacja skierowania	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
iagrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynni nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych Veryfikacja skierowania	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika OEF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
agroženia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynn nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych  Veryfikacja skierowania roszę o weryfikację poprawności wystawior	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika OEF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156 Jeżeli jest błąd
iagrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynni nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych  Veryfikacja skierowania Proszę o weryfikację poprawności wystawior Iwagi	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika OEF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156 Jeżeli jest błąd trafia do osoby
lagrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynn nne czynniki Obsługa monitorów ekranowych Veryfikacja skierowania	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giczne Inne czynniki ID czynnika OEF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156 Jeżeli jest błąd trafia do osoby wystawiającej
Cagrożenia na stanowisku grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki Obsługa monitorów ekranowych Veryfikacja skierowania Vorszę o weryfikację poprawności wystawior Iwagi	iki chemiczne Czynniki biolog Nazwa czynnika Obsługa monitorów ekranowych	giozne Inne ozynniki ID ozynnika OEF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156 Jeżeli jest błąd trafia do osoby wystawiającej skierowanie

## BHP weryfikuje jeżeli jest poprawne

	Nadawca koszulki:								
	29.10.2024 10:20:43	Tyborowski Maciej							
	Formularz								
	Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Uniwersytetu								
	<ul> <li>Podpisanie skierowania na badania</li> </ul>								
	Przed przekazaniem do wystawiającego skierowanie należy <b>podpisać załączone skierowanie PDF</b> podpisem kwalifikowanym. Przekaż								
Jeżeli jest									
poupisane ta ikona powinna być							_		
czerwona	Akta 🖳 Nowy 🔻 🖵 Notatka 🖉 Załącznik 🖵 Opinia 🐼 Powiąż 🍊 ePismo 👻 🔂 Odśwież 🗊 Rozwiń powiązane 💎 Przeciągnij plik								
	Wyszukai							×	
		R Test - Badania	okresowe I	BHP yml			20 10 2024	P	
	8 1 1 2 1	🕅 Test - Dadania	badania.p	df			29.10.2024	C = 1	
	Obleg dokumentow								
	przez Tyborowski Maciej	Tyborowski Maciej	KAN - DSK	29.10.2024 10:05:38					
	Przekazano przez Tyborowski Maciej	Tyborowski Maciej	KAN - DSK	29.10.2024 10:15:36					
	Przekazano przez Tyborowski Maciej	Zalewski Tomasz	KAN - KAN	29.10.2024 10:22:02					

29.10.2024										
Formularz	10:20:43	Tyborowski Maciej								
Torritorarz			Test Obskus		vé lokorokieh pro	oowpików Upi	woraytatu			
			Test - Obsing	ja okresowych bada	in tekarskich pra	COWNIKOW ON	wersytetu			
	- Poo	lpisanie skierowa	nia na bada	ania						
	Prze	d przekazaniem do wyst	tawiającego skie	erowanie należy <b>po</b>	dpisać załąc	czone skier	owanie PDI	podpisem		
	kwal	ifikowanym.								
		zekaż								
		orms 4.9.0.201505052329 CE								
Akta										
Akta Nowy	- D N	otatka 🖉 Załącznik 🕻	Opinia W	Powiąż  ePism	io 🔻 🔁 Odśi	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik	
Akta Nowy	• . N	otatka 🖉 Załącznik 🕻	🖵 Opinia 🛛 💋	Powiąż 🔶 ePism	io 🔻 🔁 Odśi	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik	
Akto Nowy Wyszukaj	• . N	otatka 🖉 Załącznik 🕻	☐ Opinia Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø	Powiąż <b>c</b> ePism	io 🔻 🔁 Odśi	wież 🕤 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj	→   □ N j	otatka 🕖 Załącznik 🛙 🔊 Test - Ba 🏹 Skierowa	Opinia Monte Pointia Opinia Ante Pointia Opinia Ante Pointia Ante P	Powiąż <b>~ e</b> Pism e BHP.xml .pdf	io ▼ 🔁 Odśr	wież 💼 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj	→   □ N j 2 = 1 2 = 1	otatka 🖉 Załącznik 🕻 🔊 Test - Ba 🏹 Skierowa	Qpinia №N adania okresowe anie na badania.	Powiąż 🏾 🌪 ePism e BHP.xml .pdf	io ▼ 🔁 Odśi	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj R i i Obieg dok	→ D N	otatka 🕖 Załącznik 🕼 M Test - Ba M Skierowa	⊒ Opinia 2007 2007 2007 2007 2007 2007 2007 200	Powiąż <b>c</b> ePism e BHP.xml .pdf	io ▼ 🔁 Odśi	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj R i i R i i Obieg dok	V DVNORZONO Tyborowski	otatka 🖉 Załącznik 🕻 🔊 Test - Ba 🔊 Skierowa Tyborowski Maciej	Opinia Image Point Po	Powiąż cePism BHP.xml .pdf 29.10.2024 10:05:38	io ▼ 🔁 Odśi	wież 💼 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj S Obieg dok przez	V IVVORZONO Tyborowski Maciej	otatka 🛛 Załącznik 🖸	☐ Opinia Ø adania okresowe anie na badania. KAN - DSK	Powiąż <b>C</b> ePism e BHP.xml .pdf 29.10.2024 10:05:38	lo ▼ 🔁 Odśi	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj Nobieg dok przez	V N j cumentów Utworzono Tyborowski Maciej Przekazano	otatka 🖉 Załącznik I 🔊 Test - Ba D Skierowa Tyborowski Maciej	Opinia W adania okresowe anie na badania. KAN - DSK KAN -	Powiąż <b>*</b> ePism : BHP.xml .pdf 29.10.2024 10:05:38 29.10.2024	io ▼ 🔁 Odśr	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj R i i Obieg dok przez		otatka 🖉 Załącznik 🕻 Test - Ba Skierowa Tyborowski Maciej Tyborowski Maciej	☐ Opinia №N adania okresowe anie na badania. KAN - DSK KAN - DSK	Powiąż C ePism e BHP.xml .pdf 29.10.2024 10:05:38 29.10.2024 10:15:36	io ▼ 🔁 Odśi	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	
Akta Nowy Wyszukaj Nobieg dok przez przez	VUtworzono Tyborowski Maciej Przekazano Przekazano	otatka 🔮 Załącznik 🚺 🔊 Test - Ba 🔊 Skierowa Tyborowski Maciej Tyborowski Maciej	Opinia V Madania okresowe anie na badania. KAN - DSK KAN - DSK KAN -	Powiąż <b>€</b> ePism e BHP.xml .pdf 29.10.2024 10:05:38 29.10.2024 10:15:36 29.40.2024	ıo ▼ 🔁 Odśı	wież 🗐 Roz	wiń powiązane	Prz	eciągnij plik 29.10.2024 29.10.2024	

● // F	nformacja: Proszę stworzenie ePisma z z	ałączonyn	n podpisanym skie	erowaniem.	Wyślij skierowanie		
Orbeon F	orms 4.9.0.201505052329 CE				Tworzymy e	-pismo	
Akta Nowy V IN Wyszukaj	Notatka 🛛 🖉 Załącznik 🗔 Opi 🕼 Test - Badania	inia 🛛 😢 P okresowe I	owiąż <b>( e</b> Pismo BHP.xml	o 🔻 🔁 Odśwież 🥤	Rozwiń powiązane	Przeciągnij plik 29.10.2024	×
R 🛯 i 📲 🗐	🔎 Skierowanie na	a badania.p	df			29.10.2024	C = î
Obieg dokumentów							
Utworzono przez Tyborowski Maciej	Tyborowski Maciej	KAN - DSK	29.10.2024 10:05:38				
Przekazano przez Tyborowski Maciej	Tyborowski Maciej	KAN - DSK	29.10.2024 10:15:36				
Przekazano przez Tyborowski Maciej	Zalewski Tomasz	KAN - KAN	29.10.2024 10:22:02				
Przekazano przez Zalewski Tomasz	Tyborowski Maciej	Kan - Dsk	29.10.2024 10:23:46				

		Form	Formularz pisma ogólnego			
1	Data dokumentu 2024-10-30					
Da	ne nadawcy		202410-00			
1	Osoba fizyczna     Osoba fizyczna     Podmiot (instytucja/firma)					
	dane obowiązkowe	Nazwa pole obowiązkowe	Uniwersytet w Białymstoku			
		Jeżeli dane adresata r	nie zawierają adresu, zaznacz pole z lewej strony			
		Kraj	POLSKA V			
		Miejscowość	Białystok			
2	Adres	Ulica	Świerkowa			
	dane obowiązkowe	Nr budynku	208			
		Nr lokalu				
		Kod pocztowy	15-328			
3	Znak sprawy/dokumentu	[				
Da	ne adresata					
Da	ne odresoto Ježeli pismo ma nie zawierać dany	ch adresata, należy zaznaczy	ć pole z lewej strony			
Da	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany	vch adresata, należy zaznaczy	ć pole z lewej strony			
Da	ne odresolo Ježeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy pazwa podmiętu/instytucij	vch adresata, należy zaznaczy O Osoba fizyczna I Firma (podmiot/	ć pole z lewej strony instytucja)			
Da	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe	vch adresata, należy zaznaczy Osoba fizyczna Firma (podmiot/ Nazwa pole obowiązkowe	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku			
Da : 1	ne odresoto Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe	<ul> <li>vch adresata, należy zaznaczy</li> <li>Osoba fizyczna</li> <li>Firma (podmiot/ Nazwa pole obowiązkowe</li> <li>Jeżeli dane adresata r</li> </ul>	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony			
Da 	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe	vch adresata, należy zaznaczy <ul> <li>Osoba fizyczna</li> <li>Firma (podmiot/</li> <li>Nazwa pole obowiązkowe</li> <li>Jeżeli dane adresata r</li> <li>Kraj</li> </ul>	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA			
1	ne adresata Ježeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe	vch adresata, należy zaznaczy Osoba fizyczna Firma (podmiot/ Nazwa pole obowiązkowe Jeżeli dane adresata r Kraj Miejscowość	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok			
2 0	ne odresoto Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe Adres	vch adresata, należy zaznaczy <ul> <li>Osoba fizyczna</li> <li>Firma (podmiot/</li> </ul> Nazwa pole obowiązkowe <ul> <li>Jeżeli dane adresata r Kraj Miejscowość Ulica</li></ul>	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok Sienkiewicza			
Da 1	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe Adres dane opcjonalne	vch adresata, należy zaznaczy Osoba fizyczna Firma (podmiot/ Nazwa pole obowiązkowe Jeżeli dane adresata r Kraj Miejscowość Ulica Nr budynku	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok Sienkiewicza 79			
1 2	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe Adres dane opcjonalne	vch adresata, należy zaznaczy          Osoba fizyczna         Firma (podmiot/         Nazwa         pole obowiązkowe         Jeżeli dane adresata r         Kraj         Miejscowość         Ulica         Nr budynku         Nr lokalu	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok Sienkiewicza 79			
2	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe Adres dane opcjonalne	vch adresata, należy zaznaczy          Osoba fizyczna         Firma (podmiot/         Nazwa         pole obowiązkowe         Jeżeli dane adresata r         Kraj         Miejscowość         Ulica         Nr budynku         Nr lokalu         Kod pocztowy	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok Sienkiewicza 79 15-003			
Da 1 2	ne adresata Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe Adres dane opcjonalne	vch adresata, należy zaznaczy Osoba fizyczna Firma (podmiot/ Nazwa pole obowiązkowe           Jeżeli dane adresata r           Kraj           Miejscowość           Ulica           Nr budynku           Nr lokalu           Kod pocztowy	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok Sienkiewicza 79 15-003			
Da 1 2 Tre	ne odresoto Jeżeli pismo ma nie zawierać dany Nazwa firmy nazwa podmiotu/instytucji dane obowiązkowe Adres dane opcjonalne ść pismo Rodzaj dokumentu	vch adresata, należy zaznaczy         Osoba fizyczna         Firma (podmiot/         Nazwa         pole obowiązkowe         Jeżeli dane adresata r         Kraj         Miejscowość         Ulica         Nr budynku         Nr lokalu         Kod pocztowy         ZAŻWIADCZENIE	ć pole z lewej strony instytucja) Samodzielny Szpital Miesjki im. PCK w Białysmtoku nają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony POLSKA Białystok Sienkiewicza 79 15-003			

	Jeżeli dane adresata mają nie zawierać adresu, należy zaznaczyć pole z lewej strony		
		Kraj	POLSKA V
		Miejscowość	Białystok
2	Adres	Ulica	Sienkiewicza
	dane opcjonalne	Nr budynku	79
		Nr lokalu	
		Kod pocztowy	15-003
Treś	ć pisma		
1	Rodzaj dokumentu	ZAŚWIADCZENIE	~
2	Tytuł dokumentu	Pismo	
Zoło	nczniki (opcionalne)		Zaznaczamy plik PDF
- Cont			
	Całkowity rozmiar wybranych	h załączników: 26 KB	
1	1. Skierowanie na badania.p	odi <sup>en</sup>	,
	2. Test - Badania okresowe l	внихті	
			Zapisz

/ca koszulki:				
024 10:23:36	Zalewski Tomasz			
	Test - Obsług	ja okresowych badań lekarskich pracowni	ików Uniwersytetu	
+ Da	ne pracownika kierowanego r	na badania lekarskie		
Wyb	rany pracownik			
Luc	czaj Artur - st.specjalista ds.informatyki			
Jedr	nostka wybranego pracownika			
Dz	iał Sieci Komputerowych			
Pros	szę wybrać grupę czynników a następ	nie czynniki występujące na stanowisł	ku pracy pracownika.	
Zagi	rożenia na stanowisku			
(gru	py czynników)			
	Czynniki fizyczne 🗌 Czynni	iki chemiczne Czynniki biolo	ogiczne 🛛 Inne czynniki	
Inne	e czynniki	Nazwa czynnika	ID czynnika	/
C	)bsługa monitorów ekranowych 🔹 🗸 🗸	Obsługa monitorów ekranowych	0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156	
			/	
0 // P	iformacja: 'roszę stworzenie ePisma z załączony	m podpisanym skierowaniem.		
			M. dti et in constant	
			VVysiij skierowanie	
	orms 4.9.0.201505052329 CE			

IZ.	Test. Obskuga akrasowych badań lekarskich procewników Universytaty				
	Test - Obsługa okresowych badań lekarskich pracowników Uniwersytetu				
	- Dane pracownika kierowanego na badania lekarskie				
	Wybrany pracownik				
	Łuczaj Artur - st.specjalista ds.informatyki				
	Jednostka wybranego pracownika				
	Dział Sieci Komputerowych				
	(grupy czynników) Czynniki fizyczne	(grupy czynników) Czynniki fizyczne Czynniki chemiczne Czynniki biologiczne Inne czynniki			
	Obsługa monitorów ekranowych	Obsługa monitorów ekranowy	ych 0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156		
	<ul> <li>Wysyłka ePUAP</li> <li>Proszę o wysyłkę ePUAP do medycy</li> <li>Uwagi do korekty</li> </ul>	/ny pracy na skrytkę / <b>SkrytkaESP</b>			

	Zagrożenia na stanowisku (grupy czynników)		
	Czynniki fizyczne Czynni	ki chemiczne Czynniki biologicz	ne 🗹 Inne czynniki
	Inne czynniki	Nazwa czynnika	ID czynnika
	Obsługa monitorów ekranowych 🔹 🗸	Obsługa monitorów ekranowych	0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEEC156
Uzupełniamy dane z			
orzeczenia lekarskiego			
	<ul> <li>Wysyłka ePUAP</li> </ul>		
	Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pra	cy na skrytkę / <b>SkrytkaESP</b>	
	Uwagi do korekty		
	Do pracownika	Do korekty	
	<ul> <li>Pracownik</li> </ul>		
	Informacje dla pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o o	odbyciu badania.	
	* Data badania	* Data ważności badań	Czy potrzebne okulary?
	2024-10-23 📰	2025-7-16 📰	Iak Iak
	Komentarz (uwagi)		
	Odhulam/am badania przekaż do BHD		
	Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE		

Obsługa monitorów ekranowych       Obsługa monitorów ekranowych       0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEE         • Wysyłka ePUAP       Proszę o wysytkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP         Uwagi do korekty	Obsługa monitorów ekranowych       V       Obsługa monitorów ekranowych       0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEI         • Wysyłka ePUAP       Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP       Uwagi do korekty         • Do pracownika       Do korekty       Imornacje dla pracownika         Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.       * Data ważności badań       Czy potrzebne okulary?         2024-10-23 @       2025-7-16 @       Imornacje dla pracownika BHP:         Należy zweryfikować podne przez pracownika dane       Wsław dane do XEMI oraz przekaż do DSO			
Vysylka ePUAP  Proszę o wysylkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika  Poracownika  Pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania  * Data badania  * Data badania  * Data ważnóści badań  Czy potrzebne okulary? 2025-7-16  * DHP  Informacje dia pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Vstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  Horner 4.0.201000000000000000000000000000000000	- Wysylka ePUAP Proszę o wysylkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika Do korekty  - Pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badani Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak Komentarz (uwagi)  - BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Xexor Forms 4.0.0 20150505220 CE	Obsługa monitorów ekranowych	Obsługa monitorów ekranowych	0EF414EA-0037-4CEB-A912-DEE
• Wysyłka ePUAP   Proszę o wysyłke ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP   Uwagi do korekty   Do pracownika   Do pracownika   Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.   * Data badania   * Data badania <tr< td=""><td>- Wysylka ePUAP Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika Do korekty  - Pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak Komentarz (uwagi)  - BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Xteor Forms 4.0.0 20150505220 CE</td><td></td><td></td><td></td></tr<>	- Wysylka ePUAP Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika Do korekty  - Pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak Komentarz (uwagi)  - BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Xteor Forms 4.0.0 20150505220 CE			
Viysyika ePUAP  Proszę o wysyikę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika  Pracownika  Pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania  * Data ważności badani 2025-7-16  Tak  Komentarz (uwagi)  BHP  Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  Hzer Forms 4.0.20150055220 CE	• Wysyłka ePUAP   Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP   Uwagi do korekty   Do pracownika   Do pracownika   Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.   * Data badania   * Data badania <tr< td=""><td></td><td></td><td></td></tr<>			
<ul> <li>Wysyłka ePUAP</li> <li>Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP</li> <li>Uwagi do korekty <ul> <li>Do pracownika</li> <li>Do korekty</li> </ul> </li> <li>Pracownik </li> <li>Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyclu badania. <ul> <li>* Data badania</li> <li>* Data badania</li> <li>* Data badania</li> <li>* Data badania</li> <li>2025-7-16  <ul> <li>Tak</li> </ul> </li> <li>Komentarz (uwagi) <ul> <li>Tak</li> </ul> </li> <li>BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> </ul> </li> </ul>	<ul> <li>Wysyłka ePUAP</li> <li>Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP</li> <li>Uwagi do korekty <ul> <li>Do pracownika</li> <li>Do korekty</li> </ul> </li> <li>Pracownika <ul> <li>Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.</li> <li>* Data badania             * Data ważności badari             Czy potrzebne okulary?             2025-7-16</li></ul></li></ul>			
Proszę o wysylkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika  Proszę na pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania  * Data badania  * Data badania  * Data waźności badań  Czy potrzebne okulary?  2024-10-23  2025-7-16  2025-7-16  7 Tak  Komentarz (uwagi)  * BHP  Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  texon Forms 4.9.0.201503052229 CE	Proszę o wysylkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak Komentarz (uwagi)  * BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  Heart Forms 4.9.0.201500052229 05	• Wysylka oPLIAP		
Proszę o wysyłkę ePUAP do medycymy pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Do pracownika Do korekty  Pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data	Proszę o wysyłkę ePUAP do medycyny pracy na skrytkę /SkrytkaESP Uwagi do korekty  Uwagi do korekty  Poracownika  Poracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak Komentarz (uwagi)  • BHP  Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  Hener Forms 4.9.0.201500002209 CE	Wysyika er OAr		
Vwagi do korekty Uwagi do korekty Do pracownika Do pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak Komentarz (uwagi)  * BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Vstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  * becon Forms 4.0.0201505052329 OE	Internacie dla pracownika         Pracownika         Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyclu badania.         * Data badania       * Data ważności badań         Czy potrzebne okulary?         2024-10-23 @       2025-7-16 @         Komentarz (uwagi)         • BHP         Informacje dla pracownika BHP:         Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         Vław dane do XEMI oraz przekaż do DSO         Zheon Forms 4.8.0.201505052220 CE	Proszo o wysyłko oDUAD do modycym	u pracu pa skoutko /SkoutkaESD	
Uwagi do korekty   Uwagi do korekty	Uwagi do korekty  Uwagi do korekty  Pracownika  Pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania  * Data badania  * Data badania  * Data ważności badan  2025-7-16  Tak  Komentarz (uwagi)  * BHP  Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Vstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO   Heore Forms 4.8.0.201505052320 CE	T 1032 Ç U WYSYNÇ EF DAF du medycyny	pracy na skrytkę rokrytkac or	
Do pracownika Do korekty  Pracownik  Proscę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań 2024-10-23  2024-10-23  2025-7-16  7 Tak Comentarz (uwagi)  BHP  Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  Heren Forms 4.8.0.20150052229 CE	Do pracovnika    Do pracovnika    • Pracownik    Informacje dla pracownika    Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.    * Data badania    * Data ważności badań    Czy potrzebne okulary?   2024-10-23 IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	Uwagi do korekty		
Do pracownika  Pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23 2025-7-16 Tak Comentarz (uwagi)  * BHP  Nafezy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO   Preven Forms 49.0.201505052229 CE	Do pracownika Pracownika Proscę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23 2 2025-7-16 2 Tak Komentarz (uwagi) * BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Zheen Forme 4.8.0.201505052220 CE			
Do pracownika     Do korekty      Pracownika   Informacje dla pracownika   Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.   * Data badania   * Data ważności badań   Czy potrzebne okulary?   2024-10-23   2024-10-23   2024-10-23   2025-7-16   Tak   Komentarz (uwagi)   • BHP   Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane   Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO   Xteon Forms 49.0.201505052229 CE	Do pracownika Do korekty   Pracownika  Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.   * Data badania  * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  Tak  Komentarz (uwagi)   * BHP  Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO			
Do pracownika Do korekty        Pracownik     Informacje dla pracownika     Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     * Data badania     * Data ważności badań     Czy potrzebne okulary?     2024-10-23      2025-7-16      Tak     Czy potrzebne okulary?     2024-10-23      Tak     Czy potrzebne okulary?     2024-10-23      Tak     Votawagi)       Poszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     * Data ważności badań     Czy potrzebne okulary?     2024-10-23      Tak     Votawagi)       Poszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     * Data ważności badań     Czy potrzebne okulary?     Z024-10-23      Tak     Votawagi)       Poszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     * Data ważności badań     Czy potrzebne okulary?     Z024-10-23      Tak     Votawagi)       Poszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     * Data ważności badań     Czy potrzebne okulary?     Z025-7-16     Tak     Votawagi)       Poszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     * Data ważności badań     Votawagi)       Poszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.     Yoszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.	Do pracownika     Do korekty         Proscep przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.   * Data badania   * Data ważności badań   Czy potrzebne okulary?   2024-10-23   2024-10-23   2025-7-16   Tak                 * Data badania   * Data ważności badań   Czy potrzebne okulary?   2024-10-23   2025-7-16   2025-7-16                  Komentarz (uwagi)    • BHP              Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Even Forms 4.9.0.20150555229 CE			
<ul> <li>Pracownik</li> <li>Informacje dla pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.         <ul> <li>* Data badania</li> <li>* Data ważności badań</li> <li>Czy potrzebne okulary?</li> <li>2024-10-23 (2025-7-16 (2000))</li> <li>Tak</li> </ul> </li> <li>Comentarz (uwagi)         <ul> <li>* BHP</li> </ul> </li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         <ul> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> </ul> </li> </ul>	<ul> <li>Pracownik</li> <li>Informacje dla pracownika</li> <li>Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.</li> <li>* Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary?</li> <li>2024-10-23 2 2025-7-16 2 Tak</li> <li>Comentarz (uwagi)</li> <li>* BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>&gt;</li></ul>	Do pracownika	Do korekt	y
<ul> <li>Pracownik</li> <li>Informacje dla pracownika         Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.         * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary?         2024-10-23 2 2025-7-16 2 Tak         Comentarz (uwagi)         * BHP         Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO         Xbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE     </li> </ul>	<ul> <li>Pracownik</li> <li>Informacje dla pracownika</li> <li>Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.</li> <li>* Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary?</li> <li>2024-10-23 R</li> <li>2025-7-16 R</li> <li>Tak</li> <li>Komentarz (uwagi)</li> <li>* BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Zibeon Forms 4.8.0.201505052329 CE</li> </ul>			
Informacje dla pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23 🗐 2025-7-16 🖃 Tak Komentarz (uwagi) * BHP Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Xbeon Forms 4.9.0.201505052320 CE	Informacje dla pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  7 Tak Komentarz (uwagi) * BHP Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO 2020-7-16  7 Tak	<ul> <li>Pracownik</li> </ul>		
Informacje dla pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania. * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23 🗐 2025-7-16 🗐 Tak Komentarz (uwagi) * BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO xbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Informacje dla pracownika Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  2025-7-16  7 Tak Komentarz (uwagi)  * BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  * Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO			
Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23  Tak Komentarz (uwagi)  * BHP Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO	Proszę przepisać dane ze zaświadczenia o odbyciu badania.  * Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary? 2024-10-23 🗊 2025-7-16 🗊 Tak Komentarz (uwagi)  * BHP  Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane  Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO  >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>	Informacje dla pracownika		
* Data badania * Data ważności badań Czy potrzebne okulary?   2024-10-23 III 2025-7-16 IIII   Komentarz (uwagi) Informacje dla pracownika BHP:   Należy zweryfikować podane przez pracownika dane   Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO	* Data badania	Proszę przepisać dane ze zaświadczeni	ia o odbyciu badania.	
2024-10-23   2025-7-16     Commentariz (uwagi)     Commentariz (uwagi)     BHP     Informacje dla pracownika BHP:   Należy zweryfikować podane przez pracownika dane     Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO   Prbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	2024-10-23 Im       2025-7-16 Im       Image: Tak         Komentarz (uwagi)       Image: Tak         - BHP       Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO	* Data badania	* Data ważności badań	Czy potrzebne okulary?
Komentarz (uwagi)     BHP     Informacje dla pracownika BHP:     Należy zweryfikować podane przez pracownika dane     Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO	Z023-7-10       Image: Constraint of the second secon	2024 10 22 🗐	2025 7 16	Tak
Komentarz (uwagi)         • BHP         Informacje dla pracownika BHP:         Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         • Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO         xbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Komentarz (uwagi)         • BHP         Informacje dla pracownika BHP:         Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         • Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO         Drbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	2024-10-23	2023-7-10	
<ul> <li>BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Xteon Forms 4.9.0.201505052329 CE</li> </ul>	<ul> <li>BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE</li> </ul>	Komentarz (uwagi)		
<ul> <li>BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> </ul>	<ul> <li>► BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>▲ Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE</li> </ul>			
<ul> <li>BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> </ul>	<ul> <li>► BHP</li> <li>Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane</li> <li>▲ Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO</li> <li>Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE</li> </ul>			
Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Internet 4.9.0.201505052329 CE	Informacje dla pracownika BHP: Należy zweryfikować podane przez pracownika dane Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Drbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	▼ BHP		
Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO         Wstaw forms 4.9.0.201505052329 CE	Należy zweryfikować podane przez pracownika dane         Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO         Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Informacie dla pracownika BHP:		
Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO	Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Drbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Należy zweryfikować podane przez prac	cownika dane	
Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO Irbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do DSO         Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE			
Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	▲ [		
Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Drbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do D	DSO	
		Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do D	DSO	
		Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do D	050	
		Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do E Drbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	)50	
		Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do D	050	
		Wstaw dane do XEMI oraz przekaż do E Orbeon Forms 4.9.0.201505052329 CE	950	