

Rejestr odwiedzin

Przedsiębiorstwo i kurnik: _____

Data	Godzina	Imię i nazwisko oraz przedsiębiorstwo	Ostatnia wizyta w innym kurniku (data)	Czy byłeś za granicą w ciągu ostatnich 48 godzin?	Czy zapoznałeś się z procedurami bioasekuracji w gospodarstwie?	Podpis
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
				Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	