**Formulier weegschaalcontrole**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam Kraamverzorgende |  |
| Datum ijking weegschaal |  |
| Datum volgende ijking |  |

Door ondertekening van dit formulier verklaart bovengenoemde kraamverzorgende aan Kraamzorg Tilly in het bezit te zijn van een geijkte weegschaal.

Handtekening: Datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_