



**PARTE DE TRABAJO DEL  
LAVADO DE VEHICULO OFICIAL DEL CENTRO DE SALUD**  
( DURANTE LOS PRIMEROS 10 DIAS DEL MES )

CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_

MODELO COCHE: \_\_\_\_\_ MATRICULA: \_\_\_\_\_

<b>LIMPIEZA MENSUAL</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
<b>LAVADO INTERIOR Y EXTERIOR</b>	NOMBRE: _____	
	DIA/HORA _____	
<b>ASPIRADO COCHE</b>	NOMBRE: _____	
	DIA/HORA _____	

<b>LIMPIEZA EXTRAORDINARIA</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
<b>LAVADO INTERIOR Y EXTERIOR</b>	NOMBRE: _____	
	DIA / HORA: _____	
<b>ASPIRADO COCHE</b>	NOMBRE: _____	
	DIA / HORA: _____	

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador: