

Załącznik nr 2
do Regulaminu Zgłoszeń Wewnętrznych
i Podejmowania Działań Następczych
w SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie

POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA NARUSZENIA/NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Niniejszym potwierdza się, przyjęcie zgłoszenia nieprawidłowości/naruszenia

prawa, dokonane przez Pana/Panią.....

dnia dotyczące

wg Karty zgłoszenia

.....

.....

Data, czytelny podpis osoby upoważnionej
do przyjęcia i rejestracji zgłoszenia

Do wiadomości:

Dyrektor Szpitala

