Nazwa aparatu: …….. Nr seryjny: ……..

L.p.	Stwierdzone nieprawidłowości	Podjęte działania naprawcze	Podpis osoby zgłaszającej

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZ Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu.
Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione