

	FORMULARZ		FZSZ-3.2
	REJESTR DZIAŁAŃ		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	ROK:	WYDANIE 1

L. p.	Data/rodzaj (niezgodność , obserwacja, inne)	Nazwa komórki której działanie dotyczy	Osoba odpowiedzialna za wykonanie Termin realizacji	Nr i data - karty i działań (FZSZ-3.1) lub innego dokumentu nakazowego (protokół, zalecenie , nakaz, polecenie)	Ocena zgodności wykonanych działań. Termin realizacji