

	FORMULARZ		FZSZ- 1.1	
	WNIOSEK O DOKONANIE ZMIANY DOKUMENTU			Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 01.06.2017	WYDANIE 1

W N I O S E K

Wnioskujący:

Nazwisko i imię:

Stanowisko:

Komórka organizacyjna:

Dokument, którego dotyczy wnioskowana zmiana:

Propozycja zmiany:

Uzasadnienie:

Data:

Podpis:

Opinia Pełnomocnika (PZJ):

Data:

Podpis:

Decyzja Dyrektora Szpitala:

Data:

Podpis:

2017-05-29

11:49:19

Aktualne w momencie edycji.

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