

	FORMULARZ		FZSZ-3.1
	KARTA DZIAŁAŃ		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.20173	WYDANIE 1

NR/..... (nr /symbol KO)	OBSERWACJA NIEZGODNOŚĆ (niepotrzebne skreślić)		DATA WYSTAWIENIA:
KOMÓRKA AUDITOWANA - NAZWA :			
SYMBOL KO :			
KKO - OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA DZIAŁANIA :			
TREŚĆ :			
PRZYCZYNA POWSTANIA:			
PROPONOWANY SPOSÓB DZIAŁANIA:			
TERMIN REALIZACJI :			
PRZEPROWADZONE DZIAŁANIA (OPIS DZIAŁAŃ WYKON. PRZEZ KO):			DATA: PODPIS:
OCENA SKUTECZNOŚCI PODJĘTYCH DZIAŁAŃ (OKRESOWA) :			DATA: PODPIS AUDITORA:
OCENA SKUTECZNOŚCI PODJĘTYCH DZIAŁAŃ (W KOLEJNYM AUDICIE) :			DATA: PODPIS AUDITORA:
OSOBY	DATA	PODPIS	
KKO - OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ			
AUDITOR			
PZJ AKCEPTACJA KDK			
PZJ ZAMKNIĘCIE KARTY			

Rozdzielnik: PZJ – oryginał Auditowany - kopia

2017-05-29	Aktualne w momencie edycji.
11:57:13	

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