1. Rodzaj auditu: audit / systemu / procesu*; audit planowany / nieplanowany*

2**. Auditowana KO** (symbol i nazwa) :

3. Pracownicy auditowanej KO :

4. **Plan auditu** wg programu auditów (wypisać punkty):

……..

……..

……..

……

……

5. Termin przeprowadzenia auditu:

6. Skład zespołu auditującego:

7. **Kwestionariusz auditu** (notatki odręczne wg. Programu auditu):

STR:_____

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

STR:_____

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

8.Stwierdzone niezgodności

Lp	NR KARTY DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH, ZAPOBIEGAWCZYCH	Rozdz. normy odniesienia	TERMIN USUNIĘCIA	UWAGI

9. Podsumowanie auditu :

Data i podpisy :

…… …….. …… …… …… ……

KKO auditowanej Auditor - audytorzy PZJ

Rozdzielnik
1. PZJ - oryginał

STR:_____

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