

KARTA ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI.

W dniu o godzinie

w komórce Organizacyjnej MSS.....

stwierdzono uchybienie w wykonaniu usługi przez Firmę.....

Uchybienie dotyczy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis osoby zgłaszającej

Uchybienie objęte terminem usunięcia: TAK NIE

Po stwierdzeniu faktu ustalono termin usunięcia uchybienia

Uchybienie zostało usunięte : TAK NIE

W przypadku nie wykonania wskazanych uchybień zostanie wszczęte postępowanie zgodnie z zapisami Umowy

.....
.....
.....
.....

.....
data / podpis osoby upoważnionej ze strony Zamawiającego i Wykonawcy

1. Pielęgniarka koordynująca / Kierownik (podpis)
2. Osoba upoważniona ze strony Zamawiającego (podpis)
3. Przedstawiciel Firmy (podpis)