



**PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA
DOSTAWY TOWARU NIEPEŁNOWARTOŚCIOWEGO/
USŁUGI WYKONANEJ NIEZGODNIE Z UMOWĄ***

Nr zgłoszenia/rejestru

Data, podpis osoby prowadzącej Rejestr zgłoszeń dostawy towaru
niepełnowartościowego/ usługi wykonanej niezgodnie z umową**ZGŁASZAJĄCY**Nazwa komórki organizacyjnej
(pieczętka)

Nazwisko i imię osoby zgłaszającej

PRZEDMIOT ZGŁOSZENIA

Nazwa, rodzaj, typ przedmiotu, ilość

Producent przedmiotu/
wykonawca usługiInne dane określające przedmiot
(np. nr RW z dnia,
kod procesu sterylizacji, inne)**OPIS WAD PRZEDMIOTU DOSTAWY / NIEZGODNEJ USŁUGI*****SKUTKI UŻYWANIA WADLIWEGO PRZEDMIOTU / NIEZGODNEJ USŁUGI****Zagrożone bezpieczeństwo: tak nie Jeśli tak, to czyje: pacjenta personeluDodatkowe koszty: tak nie Jeśli tak, to jakie :

Inne:

OKRESY STWIERDZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI **

| | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|
| Data zdarzenia | | | | |
| Nr historii choroby*** | | | | |

* niewłaściwe skreślić;

** wypełnić jeśli zasadne;

*** podać w przypadku, jeżeli zdarzenie dotyczyło pacjenta

.....
Podpis osoby zgłaszającej**PODJĘTE DZIAŁANIA**.....
Data, podpis kierownika jednostki organizacyjnej realizującej zamówienie/usługę