

Nrdata

APROB,

întreruperea vizitei de evaluare

PREȘEDINTE A.N.M.C.S.

(nume, prenume, semnătură)

FIȘĂ DE CONSTATARE A SITUAȚIILOR DEOSEBITE

Spitalul evaluat:.....

Perioada efectuării vizitei de evaluare:.....

Întocmit de: (nume și prenume evaluator coordonator, semnătură)

Data:.....

Descrierea situației deosebite: