

Nr. .... data .....

Exemplar nr. ....

**CENTRALIZATOR LISTE COMPLETATE**

**Spitalul evaluat:.....**

**Perioada efectuării vizitei de evaluare:.....**

**Evaluator: ..... (nume și prenume)**

**Prin semnarea de către interlocutor, acesta confirmă aplicarea listei de către evaluator.**

Nr ctr	Data și ora aplicării listei	Nr. listă aplicată	Structura evaluată ( <i>secția, departamentul etc</i> )	Locul evaluării ( <i>cabinet, salon, sală de ședințe etc</i> )	Interlocutor ( <i>nume, prenume, funcție</i> )	Semnătura interlocutorului

Nume și prenume evaluator:.....

Semnătura:.....