

Nr. data

Exemplar nr.

LISTA DOCUMENTELOR SUPLIMENTARE SOLICITATE
ÎN TIMPUL VIZITEI DE VERIFICARE A ÎNDEPLINIRII PLANULUI DE CONFORMARE

Spitalul: *(denumire spital)*

Perioada efectuării vizitei de verificare: *(zz/ll/aaaa)*

Întocmit de: **evaluatorul responsabil cu secretariatul comisiei desemnat de către**
președintele Comisiei de verificare
(nume și prenume, semnătură)

Data: *(zz/ll/aaaa)*

Nr. crt.	Document	Sector de activitate
1
2
3