

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

**APROB,**  
*întreruperea vizitei de verificare a îndeplinirii  
planului de conformare*

**PREȘEDINTE A.N.M.C.S.**  
*(nume, prenume, semnătură)*

## FIȘĂ DE CONSTATARE A SITUAȚIILOR DEOSEBITE

**Spitalul:** *(denumire spital)*

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

**Întocmit de:**

*(nume și prenume evaluator, semnătură)*

**Data:** *(zz/ll/aaaa)*

**Descrierea situației constatate:**

**Pentru conformitate și asumare - membrii comisiei de verificare:**

- **președinte:** *(prenume, nume și semnătura)*
- **evaluator:** *(prenume, nume și semnătura)*
- **evaluator:** *(prenume, nume și semnătura)*
- **evaluator:** *(prenume, nume și semnătura)*
- **evaluator:** *(prenume, nume și semnătura)*