

Nr. data

Exemplar nr.

LISTA DOCUMENTELOR SOLICITATE**Spitalul evaluat:**.....**Perioada efectuării vizitei de evaluare:**.....**Sectorul de activitate evaluat:**.....**Întocmit de:** (*nume și prenume evaluator, semnătură*)**Data:**.....**Reprezentant spital:**(*nume și prenume, semnătură*)**Funcția/ department:**.....

Nr. crt.	Document	Primit:	
		DA	NU
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Documentele vor fi prezentate evaluatorilor în copie certificate cu sintagma „conform cu originalul”, semnate și datate de către persoana care le-a xeroxat.