

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

**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 președinte comisie de evaluare/evaluator  
coordonator, semnătură)*

**Data:**.....

---

**Descrierea situației deosebite:**