

Dichiarazione di avvenuta ispezione

Data ispezione /...../.....

Ora inizio..... Ora fine.....

Effettuata presso Struttura Sanitaria

Alla presenza di:

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____

come rappresentante della Struttura SanitariaPRIMA VISITA ISPETTIVA VISITA ISPETTIVA PER RINNOVO CONVENZIONE VISITA ISPETTIVA DI CONTROLLO PERIODICO **RISULTATO DELL'ISPEZIONE** **CONFORME** **NON CONFORME**

Motivazioni della non conformità: _____

Non conformità da sanare:

Visita ispettiva supplementare concordata _____

Note

Firma e timbro del trasfusioneista

Firma e timbro del rappresentante della
struttura sanitaria

