



Nr. _____ din ____ / ____ / ____

Aprobat
Manager
Dr.Miu Ion Dan Mircea

FORMULAR SESIZARE SEMNALARE NEREGULI

1. Numele si prenumele persoanei care a constatat neregula _____
2. Functia _____ sectorul de activitate _____
sau adresa de domiciliu: _____
_____ telefon _____ adresa e-mail _____
(in cazul in care semnalarea neregulii este intocmita de un fost angajat al spitalului/o persoana care nu are contract de munca cu spitalul,dar isi desfasoara activitatea in cadrul spitalului in baza unui contract de prestari servicii/ reprezentanții unor instituții cu care spitalul a avut sau are relații de colaborare)
3. Numele si prenumele persoanei/persoanelor care a/au savarsit neregula _____
_____ din sectorul de activitate _____
4. Data/perioada savarsirii neregulei semnalate _____
5. Descrierea neregulei semnalate _____

6. Descrierea prejudiciului semnalat (daca se cunoaste-ex.financiar,moral,de imagine a spitalului sau a unui angajat) _____

7. Data sesizarii neregulei _____
8. Semnatura persoanei care face sesizarea _____