



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocięncu**

ul. Kańsko 1; 78-520 Złocieniec

tel. 94 36 71 222, fax. 94 37 21 453

www.szpitalkansk.pl, www.szpitalkansk.4bip.pl | e-mail: sekretariat@szpitalkansk.pl

NIP: 253-00-98-261 | Regon: 330086948 | Sąd Rejonowy w Koszalinie IX Wydział KRS 0000027543

Złocieniec, dnia

**WNIOSEK
ZGŁOSZENIA NARUSZENIA**

Nr.

1. Dane zgłaszającego:
 - 1) Imię i nazwisko:
 - 2) Stanowisko:
 - 3) Dane kontaktowe:
 - 4) Adres korespondencyjny/ email:
2. Data i miejsce sporządzenia zgłoszenia:
3. Dane osoby lub osób, które dopuściły się naruszenia:
.....
4. Opis naruszenia:
.....
.....
.....
5. Data wystąpienia naruszenia:
6. Miejsce:
7. Okoliczności zdarzenia:
.....
.....
8. Czy zgłaszający wyraża zgodę na ujawnienie tożsamości: TAK* / NIE*

.....
Podpis zgłaszającego

*niepotrzebne skreślić

Strona 1 z 1

