

Formularz dot.:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Skargi | <input type="checkbox"/> Odwołania | <input type="checkbox"/> Niezgodności * |
| <input type="checkbox"/> Zgłoszenia wypadku przy pracy | <input type="checkbox"/> Zgłoszenia niezachowania bezstronności lub niezależności | |
| <input type="checkbox"/> Spostrzeżenia | <input type="checkbox"/> Ulepszenia | |

Numer sprawy (nadaje Pełnomocnik ds. Jakości):

Data sporządzenia:

Data otrzymania powiadomienia:

Nazwisko zgłaszającego:

Dane klienta:

Nr akt (jeśli dotyczy):

Wyznaczono osobę do wyjaśnienia zdarzenia (w przypadku: skarg / odwołań / niezachowania bezstronności lub niezależności, niezaangażowanej w dane zdarzenie):

Opis zdarzenia / identyfikacja (potencjalnych) niezgodności

Określenie przyczyny zdarzenia / niezgodności

Korygowanie niezgodności *

Ocena potrzeby podjęcia odpowiednich działań, aby zdarzenie / niezgodność nie wystąpiło ponownie

Określenie i wdrożenie w odpowiednim czasie potrzebnych działań

Wyniki podjętych działań

Ocena skuteczności działań korygujących / zapobiegawczych

Postępowanie przeprowadził:

Termin ostateczny wdrożenia odpowiednich działań:

Data zakończenia postępowania :

Data potwierdzenia rozwiązania dla zgłaszającego:

*** wypełnić w przypadku procedury rozpatrywania niezgodności**