

**SZPITAL REJONOWY
IM. DR. JÓZEFA ROSTKA
W RACIBORZU
47 – 400 Racibórz, ul. Gamowska 3
REGON: 276225587, NIP: 6391703765**

KARTA OBIEGOWA

1. Imię i nazwisko:
2. Nazwa Komórki Organizacyjnej :
3. Data rozpoczęcia świadczenia usługi :
4. Uczelnia/Szkoła:

1. Przełożony pielęgniarek	data:	podpis:
2. BHP	data:	podpis:
3. Inspektor ds. p/ pożarowych	data:	podpis:
4. Pełnomocnik ds. zarządzania jakością	data:	podpis:
5. RODO	data:	podpis:
6. Specjalista ds. epidemii	data:	podpis:
7. Bezpośredni przełożony	data:	podpis:
8. Kadry	data:	podpis: