WZÓR

STANDARDOWA PROCEDURA OPERACYJNA (SOP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa podmiotu leczniczego:  Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej: | | | | |
| Standardowa Procedura Operacyjna numer……….. | | Wersja numer | | |
| Tytuł procedury: | | | | |
| Sporządził:  ………………………  (imię i nazwisko) | Data sporządzenia | | Podpis | |
| Zatwierdził kierownik podmiotu leczniczego:  …………………………..  (imię i nazwisko) | Data zatwierdzenia | | Podpis | |
| Obowiązuje od dnia |  | | Zastępuje SOP numer  …………………………. | |
| Treść procedury | | | | |
| Procedura numer ………….. | Wersja numer …………… | | | Strona 1 z …………….. |

Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą procedurą i zobowiązuje się do jej stosowania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby przeszkolonej | Data przeszkolenia | Podpis |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Rozdzielnik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Komórka organizacyjna odbierająca procedurę | Data przekazania | Podpis osoby odbierającej | Data zwrócenia | Podpis osoby odbierającej |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Weryfikacja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Data weryfikacji | Oznaczenie\* i podpis osoby dokonującej weryfikacji |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

\* Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska - czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.