

WZÓR*

STANDARDOWA PROCEDURA OPERACYJNA (SOP)

Nazwa podmiotu leczniczego:		
Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej:		
Standardowa Procedura Operacyjna numer	Wersja numer	
Tytuł procedury:		
Sporządził: <i>(imię i nazwisko)</i>	Data sporządzenia	podpis
Zatwierdził kierownik podmiotu leczniczego: imię i nazwisko	Data zatwierdzenia	podpis
Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Zaakceptował:..... <i>(imię i nazwisko)</i>	Data zaakceptowania	podpis
Obowiązuje od dnia		Zastępuje SOP numer
Treść procedury		
Procedura numer ...	Wersja numer ...	Strona 1 z

Oświadczenie:

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

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

Rozdzielnik

Lp.	Pracownia odbierająca procedurę	Data przekazania	Podpis osoby odbierającej	Data zwrócenia	Podpis osoby odbierającej
1					
2					

Weryfikacja

Lp.	Data weryfikacji	Pieczętka i podpis osoby dokonującej weryfikacji
1		
2		

* Układ graficzny nieobowiązujący.