Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu	**FORMULARZ**	P-15/F-03
	REJESTR ZGŁOSZEŃ WEWNĘTRZNYCH	Wersja I
		Strona 1 z …

Lp.	Nr zgłoszenia	Przedmiot naruszenia prawa	Dane osobowe sygnalisty oraz osoby, której dotyczy zgłoszenie, niezbędne do identyfikacji tych osób	Adres do kontaktu sygnalisty	Datę dokonania zgłoszenia	Informację o podjętych działaniach następczych	Datę zakończenia sprawy