

## 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: ..... <i>(imię i nazwisko)</i>	Data zatwierdzenia:	Podpis:
Obowiązuje od dnia		Zastępuje SOP numer .....
Treść procedury:		
Procedura numer .....	Wersja numer .....	Strona 1 z .....

### Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem(-łam) się z powyższą procedurą i zobowiązuję 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.