

REJESTR ZGŁOSZEŃ WEWNĘTRZNYCH W WIELKOPOLSKIEJ IZBIE LEKARSKIEJ

L.p.	Numer zgłoszenia	Przedmiot naruszenia	Dane osobowe sygnalisty	Adres do kontaktu sygnalisty	Dane osoby, której dotyczy zgłoszenie	Data dokonania zgłoszenia	Informacja o podjętych działaniach następnych	Data zakończenia sprawy
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								