

Τμήμα: Ημ/νία: Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΥΛΑΞΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΕΒΑΙΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Τμήμα:	<input type="text"/>	Κλάδος/Ειδικότητα:	<input type="text"/>	Θέση:	<input type="text"/>

ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ – ΘΕΜΑ

Προς: **Το ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΣΤΑΣΙΑΣ**

Θέμα: ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΦΥΛΑΞΗΣ

Κοινοποίηση: Επιτροπή διαπίστωσης υπηρεσιών Φύλαξης του Νοσοκομείου

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η

Ο παραπάνω υπογραφόμενος βεβαιώνω ότι κατά τον μήνα του έτους
η φύλαξη των χώρων αρμοδιότητας μου, από την Ιδιωτική εταιρεία Φύλαξης
σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Νοσοκομείου και τους όρους της σχετικής Σύμβασης, κρίνεται ως εξής :

Σημειώστε με √ στο αντίστοιχο τετράγωνο

- Ικανοποιητική
- Μη Ικανοποιητική, για τους παρακάτω λόγους :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Η Βεβαίωση θα πρέπει να δίνεται κάθε μήνα στην Επιτροπή Διαπίστωσης εργασιών ή τον/την Επόπτη του Νοσοκομείου

Ο / Η Βεβαιών/ούσα

(υπογραφή)