

Τμήμα: Ημ/νία: Αρ. Πρωτ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

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 ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Κοινοποίηση: Επιτροπή διαπίστωσης υπηρεσιών Καθαριότητας στο Νοσοκομείο

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η

Ο παραπάνω υπογραφόμενος βεβαιώνω ότι κατά τον μήνα του έτους
το επίπεδο καθαριότητας της Υπηρεσίας/Τμήματος/ή Κλινικής μου,
σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Νοσοκομείου, κρίνεται ως εξής :

Σημειώστε με √ στο αντίστοιχο τετράγωνο

- Ικανοποιητικό
- Μη Ικανοποιητικό, για τους παρακάτω λόγους :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

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

Ο / Η Βεβαιών/ούσα

(υπογραφή)