

Obrazec za vključitev novih izvajalcev histopatoloških preiskav v Program Svit

Spodaj podpisani _____ (ime in priimek), vodja presejalnega histopatološkega centra Programa Svit _____ (ime ustanove), prijavljam novega strokovnega sodelavca, izvajalca histopatoloških preiskav _____ (ime in priimek), ki bo od dne _____ (datum) dalje v omenjeni ustanovi opravljal histopatološke preiskave za Program Svit.

S podpisom te izjave jamčim, da imenovani strokovni sodelavec izpolnjuje vse standarde kakovosti za vključitev med izvajalce histopatoloških preiskav za Program Svit, ki so objavljeni na spletni strani: www.program-svit.si.

Datum:

Vodja presejalnega histopatološkega centra (podpis):

Direktor ustanove (podpis):

Izvajalec histopatoloških preiskav Programa Svit (podpis):

Za zagotavljanje standardov kakovosti v presejalni histopatološki ustanovi Programa Svit vas prosimo, da vse morebitne spremembe v vašem histopatološkem centru (kadrovske spremembe, spremembe v doseganju standardov kakovosti itd) sproti pisno sporočate na naslov: Program Svit, p.p. 241, 1001 Ljubljana, ali po elektronski pošti: Svit.Tajnistvo@nijz.si.