

## Obrazec za vključitev presejalnega histopatološkega centra v Program Svit

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ (ime in priimek), direktor ustanove \_\_\_\_\_ (ime ustanove), prosim za vključitev ustanove med izvajalce presejalnih histopatoloških preiskav Programa Svit.

Za vodjo presejalnega histopatološkega centra v naši ustanovi imenujem \_\_\_\_\_ (ime in priimek).

S podpisom te izjave jamčim, da imenovani vodja histopatološkega centra izpolnjuje vse standarde kakovosti za vključitev med izvajalce histopatoloških preiskav za Program Svit, ki so objavljeni na spletni strani [www.program-svit.si](http://www.program-svit.si).

S podpisom te izjave jamčim, da ustanova izpolnjuje vse standarde kakovosti za vključitev histopatološkega centra v Program Svit, ki so objavljeni na spletni strani [www.program-svit.si](http://www.program-svit.si).

Datum:

Direktor ustanove (podpis):

Vodja presejalnega histopatološkega centra (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](mailto:Svit.Tajnistvo@nijz.si).