



ESTADO DE SALUD ALTERNATIVO
 PERSONA
 IDENTIFICACION
 MONITORIA DEL ESTADO DE SALUD DE
 DISCRIMINACION

Fecha: 12/12/2014
 Hora: 11:00
 Lugar: CUBA
 Tipo de paciente:
 Hospital

BOLETIN N°		Fecha de Emisión	
FORMA DE EVALUACION		MUESTRA	
MUESTRA DE ANALISIS		  CENTRO NACIONAL DE SALUD PUBLICA AV. LAS FUENTES 100, C.A. 10500 CUBA TEL: (57) 71911111 FAX: (57) 71911111 WWW: www.minsp.gov.cu	
MUESTRA DE ANALISIS		N°: 12/12/2014 Hora: 11:00 Lugar: CUBA Tipo de paciente: Hospital	
MUESTRA DE ANALISIS		N°: 12/12/2014 Hora: 11:00 Lugar: CUBA Tipo de paciente: Hospital	

MUESTRA DE ANALISIS			MUESTRA DE ANALISIS			MUESTRA DE ANALISIS		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

OBJETIVO

EVALUACION DE SERVICIO DE TRANSFERENCIA POR MEDIO AEREO EN CASO DE EMERGENCIAS DE FUERZAS Y COMANDOS DEL MUNICIPIO DE JARDINES DE LA REINA DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS PCH-7-84, I.B.F.

RESUMEN DEL CASO

RESUMEN DEL CASO

RESUMEN DE LA TRANSFERENCIA

RESUMEN DE LA TRANSFERENCIA

PLAN DE TRABAJO

CONCORDIA DE PLAN DE TRABAJO DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS PCH-7-84, I.B.F.

INDICADORES DE CALIDAD DEL SERVICIO

INDICADORES DE CALIDAD DEL SERVICIO

 DIRECTOR DEL CENTRO		 DIRECTOR DEL SERVICIO	
--	--	--	--



Republika Republika Srbija

Ministarstvo
Prosvete, Nauke i
Tehnologije

№: 101 / 1



CERTIFIKAT O ZAVRŠENOM VEŠTAČENJU

Ime i prezime: [Ime i prezime] **Broj:** [Broj]
Opis: [Opis zadatka]

Redni broj	Opis zadatka	Broj	Godina
1	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
2	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
3	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
4	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
5	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
6	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
7	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
8	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
9	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]
10	[Opis zadatka]	[Broj]	[Godina]

Ukupno završeno: [Broj] zadataka

[Signature]
[Name]
[Title]

[Stamp]