

 RESIDÈNCIES SIGMA SALUT	RESIDENCIES SIGMASALUD	
	PROGRAMA DE MILLORA DE LA QUALITAT	
	IDENTIFICACIÓ NO CONFORMITAT	
Revisió:	CODI:	Full 2

ACCIÓ CORRECTIVA O PREVENTIVA A REALITZAR:

Responsable:

Data de inici:

Data prevista de finalització:

COMPROVACIÓ:

(Signatura i data)

Observacions:

TANCAMENT:

(SIGNATURA I DATA SI ES PERSONA
DIFERENT A RESP.

Data: