

	Typ dokumentu: II. ZGŁOSZENIE BŁĘDU III. OPROGRAMOWANIA APLIKACYJNYGO
--	---

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY: **NR FAKSU:**

Zgłoszenie dotyczy: <input type="checkbox"/> Systemów administracyjnych <input type="checkbox"/> Systemów medycznych
- proszę wybrać system, którego dotyczy zgłoszenie i przesać na adres

Symbol zewnętrzny	- proszę wpisać dowolny symbol identyfikujący zgłoszenie w ewidencji Zgłaszającego		
Tytuł zgłoszenia	Umowa nr		
Zgłaszający	Kierownik Wdrożenia ze strony Wykonawcy / Certyfikowany przedstawiciel Wykonawcy realizujący świadczenia na rzecz Wykonawcy / Administrator Oprogramowania Aplikacyjnego * proszę podkreślić właściwą funkcję Zgłaszającego		
Kontakt	Imię, nazwisko, nazwa i adres firmy / komórka organizacyjna / tel., e-mail		
Szpital		
Adres Szpitala	Miasto	Ulica, nr	
Dotyczy modułu:	Nazwa modułu	Klasyfikacja: Błąd krytyczny Błąd zwykły	
Termin zgłoszenia	Data	Godzina	Czy dzień roboczy? (TAK/NIE)
Wymagany termin reakcji	Reakcja	Diagnoza	Naprawa

WYPEŁNIA PRZYJMUJĄCY:

Przyjmujący pracownik Hot Line	Imię, nazwisko, nazwa i adres firmy / komórka organizacyjna / tel., e-mail		
	Podpis Przyjmującego:		
Nr wewn. Zgłoszenia		Klasyfikacja: Błąd krytyczny Błąd zwykły	
Termin przyjęcia	Data	Godzina	Czy dzień roboczy? (TAK/NIE)
Zobowiązany do udzielenia odpowiedzi przedstawiciel Wykonawcy	Imię, nazwisko, nazwa i adres firmy / komórka organizacyjna / tel., e-mail		
Termin odpowiedzi	Data	Godzina	
Wymagany termin reakcji	Reakcja	Diagnoza	Naprawa

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY:	WYPEŁNIA PRACOWNIK HOT LINE:
Program, posiadana wersja, platforma bazodanowa:	Odpowiedź:
Treść Zgłoszenia:	
Załączniki:	
Podpis Zgłaszającego	Podpis Pracownika Hot Line
Imię, nazwisko, tel., e-mail:	Imię, nazwisko, tel., e-mail: