

Oświadczenie o zapoznaniu się ze standardami ochrony małoletnich

Ja, nr PESEL
oświadczam, że zapoznałam/-em się z standardami ochrony małoletnich
w Szpitalu Powiatowym w Pyrzycach przyjętych zarządzeniem nr 24/2024 Dyrektora Szpitala
Powiatowego w Pyrzycach oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania w szczególności
do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań niezgodnych z treścią.

.....

(data i podpis)