



Załącznik nr 1

_____, _____ r.

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY
MAŁOLETNICH W ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ CLINIKA
W KOSZALINIE**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Zespole Opieki Zdrowotnej Clinika w Koszalinie oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

Podpis