

<b>Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu</b>	<b>FORMULARZ</b>	P-15/F-01
	<b>OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z PROCEDURĄ</b>	Wersja I
		Strona 1 z 1

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

zatrudniony/a na stanowisku/świadczący usługi

.....  
(nazwa stanowiska)

w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z **Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych**, obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu i przyjmuję ją do stosowania.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis)