**Załącznik nr 9 do SWKO**

……………………………………………….

Imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/-ny oświadczam, że zapoznałam/em się z **Regulaminem dokonywania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa oraz podejmowania działań następczych** Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe, wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora nr 96 z dnia 17 grudnia 2024r., rozumiem jego treść i zobowiązuję się do jego przestrzegania i stosowania.

Warszawa, dnia…………………

………………………………………………………………………..

*( czytelny podpis)*