**Załącznik nr 9 do SWKO**

……………………………………………….

Imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że zapoznałam/em się z Kodeksem Etyki pracowników Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe i zobowiązuję się do jego przestrzegania i stosowania.

Mam także świadomość, że niestosowanie się do niniejszego Kodeksu stanowi naruszenie obowiązków służbowych, skutkiem czego może być zastosowana z tego tytułu odpowiedzialność dyscyplinarna.

Warszawa, dnia………. ……………………………………………..

(czytelny podpis)