

Załącznik numer 8

Świnoujście, dnia

Oświadczenie o zapoznaniu się z „Polityką Ochrony Dzieci Przed Krzywdzeniem” i zobowiązanie do przestrzegania standardów w niej zawartych w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Świnoujściu”.

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/łam się z Polityką Ochrony Dzieci Przed Krzywdzeniem w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Świnoujściu i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
(podpis składającego oświadczenie)