Załącznik Nr 6

do Procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń

prawa i podejmowania działań następczych

Otwock, dn.\_\_\_\_\_.\_\_\_.2025 r.

…………………………………………..…..……….

(imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zgodnie z Zarządzeniem nr 2/09/2024 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWIA w Otwocku z dnia 17 września 2024 roku zapoznałam(em) się z Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i czytelny podpis składającego oświadczenie)