WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *„Polityką Ochrony Dzieci”* wraz z załącznikami, akceptuję jej treść i przyjmuję do bezwzględnego stosowania

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA	PODPIS

Proszę o zapoznanie się obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu ***Polityką Ochrony Dzieci*** wraz z załącznikami oraz dołączonymi do Polityki materiałami dla osób wykonujący zawód medyczny, udostępnionymi przez Fundację „Dajemy Dzieciom Siłę"

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *„Polityką Ochrony Dzieci”* wraz z załącznikami, akceptuję jej treść i przyjmuję do bezwzględnego stosowania

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA	PODPIS

Proszę o zapoznanie się obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu ***Polityką Ochrony Dzieci*** wraz z załącznikami oraz dołączonymi do Polityki materiałami dla osób wykonujący zawód medyczny, udostępnionymi przez Fundację „Dajemy Dzieciom Siłę"

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *„Polityką Ochrony Dzieci”* wraz z załącznikami, akceptuję jej treść i przyjmuję do bezwzględnego stosowania

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA	PODPIS

Proszę o zapoznanie się obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu ***Polityką Ochrony Dzieci*** wraz z załącznikami oraz dołączonymi do Polityki materiałami dla osób wykonujący zawód medyczny, udostępnionymi przez Fundację „Dajemy Dzieciom Siłę"

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *„Polityką Ochrony Dzieci”* wraz z załącznikami, akceptuję jej treść i przyjmuję do bezwzględnego stosowania

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA	PODPIS

Proszę o zapoznanie się obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu ***Polityką Ochrony Dzieci*** wraz z załącznikami oraz dołączonymi do Polityki materiałami dla osób wykonujący zawód medyczny, udostępnionymi przez Fundację „Dajemy Dzieciom Siłę"

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *„Polityką Ochrony Dzieci”* wraz z załącznikami, akceptuję jej treść i przyjmuję do bezwzględnego stosowania

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	DATA	PODPIS