

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania Zasad bezpiecznych relacji dorosły-dziecko

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko – DRUKOWANE LITERY

.....
Rodzaj umowy/grupa zawodowa

.....
PESEL

.....
Komórka organizacyjna

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałam/-em się z Zasadami bezpiecznych relacji dorosły-dziecko obowiązującymi w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis