

.....
/ Imię i nazwisko /

.....
/ Stanowisko/rodzaj współpracy /

Oświadczenie
o zapoznaniu się z przepisami Procedury zgłoszeń wewnętrznych w Wojewódzkiej
Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Suwałkach

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Procedury zgłoszeń wewnętrznych w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Suwałkach (Zarządzenie Dyrektora WSPR SP ZOZ w Suwałkach z dnia 18.09.2024 r.) i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
/ data i podpis pracownika /