Załącznik 1 *(można wpisać indywidualny symbol załącznika)*

**Oświadczam, że zapoznałem się z Polityką Ochrony Dzieci oraz Kodeksem Bezpiecznych Relacji Pacjent-Personel i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

Imię, nazwisko .............................................................................................................................

Stanowisko ...................................................................................................................................

Nazwa Komórki Organizacyjnej ..................................................................................................

Data ...........................................................................

Podpis ........................................................................

Załącznik 2 *(można wpisać indywidualny symbol załącznika)*

**Potwierdzam zapoznanie się z Polityką Ochrony Dzieci (wersja nr ...................... z dnia ..........................** *(uzupełnij)* **oraz Kodeksem Bezpiecznych Relacji Pacjent-Personel (wersja nr ...................... z dnia ......................** *(uzupełnij)* **i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię | Nazwisko | Podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |