

## Oświadczenie o zapoznaniu się z „Procedurą zgłoszeń wewnętrznych”

---

Ja niżej podpisany/-a:

.....  
/Imię i nazwisko pracownika/

.....  
/stanowisko, funkcja lub nazwa komórki org./

oświadczam, iż zapoznałem/-am się z obowiązującą w Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Rezner sp. k., „Procedurą zgłoszeń wewnętrznych”, rozumiem jej treść, przyjąłem/-am do stosowania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w niej zawartych.

.....  
(data, czytelny podpis oświadczającego)