

**Załącznik nr 6 do Procedury dokonywania
Zgłoszeń Wewnętrznych i podejmowania działań
następczych w Samodzielnym Publicznym
Zespole Opieki Zdrowotnej w Kościanie**

.....
(miejscowość, data)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurą dokonywania zgłoszeń wewnętrznych i
podejmowania działań następczych**

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązującą w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kościanie Procedurą dokonywania zgłoszeń wewnętrznych i podejmowania działań następczych ustaloną przez Dyrektora zarządzeniem wewnętrznym nr 24 z dnia 04.10.2024 r i zobowiązuje się do jej stosowania.

.....
(imię i nazwisko osoby podpisującej oświadczenie)