

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania zasad bezpiecznych relacji dorosły-dziecko

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią dokumentu "Zasady bezpiecznych relacji dorosły-dziecko" w Wojnickim Centrum Medycznym i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____

Data: _____

Podpis: _____