

**Oświadczenie o zapoznaniu się ze *Standardami Ochrony Małoletnich* i zobowiązaniu do ich przestrzegania**

Warszawa,.....  
(data)

Ja, ..... oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze *Standardami Ochrony Małoletnich* obowiązującymi w Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....  
(podpis)

**Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania  
*Zasad bezpiecznego kontaktu pracowników z dzieckiem-pacjentem w Szpitalu Bielańskim  
im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej***

Warszawa,.....  
(data)

Ja, ..... oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z *Zasadami bezpiecznego kontaktu pracowników z dzieckiem-pacjentem w Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej* i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....  
(podpis)