

Słupca, dnia

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM ORGANIZACYJNYM
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁUPCY**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią regulaminu organizacyjnego obowiązującego w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupcy i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

.....
(data) (imię i nazwisko)