

Załącznik nr 4 do Standardów ochrony małoletnich

Gdynia, dnia _____ r.

**OŚWIADCZENIE
O ZAPOZNANIU SIĘ ZE
STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNIICH**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Przychodni Lekarskiej Chylonia I Spółka z.o.o. z siedzibą w Gdyni oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.