

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY  
MAŁOLETNIICH W PLACÓWCE MEDYCZNEJ MED-POLONIA**

**Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony  
Małoletnich**

**Jednostka organizacyjna.....**

	IMIĘ I NAZWISKO	STANOWISKO	DATA	PODPIS
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				
<b>8</b>				
<b>9</b>				
<b>10</b>				
<b>11</b>				
<b>12</b>				
<b>13</b>				
<b>14</b>				
<b>15</b>				
<b>16</b>				
<b>17</b>				
<b>18</b>				
<b>19</b>				
<b>20</b>				