Oświadczam, że:
zapoznałem/zapoznałam* się z treścią: ** z dnia nr: ; wydanie:
przyjmuję do wiadomości i stosowania wszystkie ustalenia wynikające z dokumentu a dotyczące mojego stanowiska pracy,
przyjmuję do wiadomości, że ponoszę odpowiedzialność za skutki jej nieprzestrzegania.

L.p.	Imię i nazwisko	Komórka organizacyjna	Data	Podpis

*** niepotrzebne skreślić**
**** miejsce do edycji treści przekazywanego dokumentu**

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZ Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu.
Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.