Oświadczam, że:

1. Otrzymałem/otrzymałam * dokument o nazwie : z dnia: nr: wydanie:

L.p.	Imię i nazwisko	Komórka organizacyjna	Data	Podpis

*** niepotrzebne skreślić**

2017-05-29 11:49:44	Aktualne w momencie edycji.

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