

OŚWIADCZENIE

.....
(imię i nazwisko*)

.....
(stanowisko*)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z §12 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

.....
(podpis)

*wypełnić drukowanymi literami
