

**Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania zasad bezpiecznych relacji dorosły-
dziecko**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią dokumentu "Zasady bezpiecznych relacji dorosły-dziecko" w Centrum Medycyny „Holimed” i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____

Data: _____

Podpis: _____