

Załącznik nr 1

Oświadczenie o zapoznaniu się z procedurą zgłoszeń wewnętrznych

Podmiot leczniczy „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

.....

Imię i nazwisko /pracownika/zleceniobiorcy/przyjmującego zamówienie

.....

Stanowisko/ funkcja

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że:

- zapoznałam/em się z procedurą dokonywania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych obowiązującą w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku /druk nr. QD-075-ORG-OS/;
- w pełni rozumiem postanowienia procedury ;
- udzielono mi wszelkich wyjaśnień dotyczących procedury oraz jej stosowania ;
- zobowiązuję się postępować zgodnie z procedurą w sytuacjach przewidzianych w procedurze ;
- zostałam poinformowany o tożsamości osoby, która została wyznaczona do przyjmowania zgłoszeń wewnętrznych, weryfikacji zgłoszeń oraz podejmowania działań następczych.

.....

Czytelny podpis