**Załącznik Nr 3 do Ogłoszenia**

…………………………………………..…..………. Koszalin dnia .....................

 (imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że zapoznałem/łam się z obowiązującą Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Koszalinie, która została wprowadzona zarządzeniem Dyrektora nr 37/09/2024 z dnia 10.09.2024 roku.