

do Regulaminu praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Spółka z o.o. – Zarządzenie Nr... /2025

OŚWIADCZENIE

.....
(komórka organizacyjna – pieczęć)

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y zapoznałam/em się i przyjmuję do stosowania Regulamin praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Regulamin Organizacyjny obowiązujący w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o oraz z przepisami dotyczącymi środków ochrony osobistej, ekspozycji zawodowej i gospodarki odpadami.

Jednostka kierująca Kierunek.....Rok....Stopień.... Semestr

L.p.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Data	Podpis

Podpis opiekuna praktyk