**ZOZ.V.010/DZP/116/24**

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany (a) ………………………………………………………………………………........

oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych – Procedura zgłoszeń wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej\**, wynikającej z ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024r. poz. 928), wprowadzonej na mocy Zarządzenia Dyrektora nr 43/G/2024 z dnia 30.09.2024 r., rozumiem jej treść, przyjmuję ją do stosowania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w niej zawartych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zobowiązuję się ponadto do aktualizacji znajomości powyższej Procedury wraz z każdorazową jej zmianą przekazaną do wiadomości poprzez ogłoszenie w miejscu publikacji procedury.

*\*-treść procedury dostępna na stronie internetowej* [*www.zozsuchabeskidzka.pl*](http://www.zozsuchabeskidzka.pl) *w zakładce „Stefa pacjenta”*

……………………………….…………………

data i czytelny podpis