

## **Załącznik nr 6 do Standardów**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko osoby współpracującej)

„Fizjoklinika Gabinet Rehabilitacji I Fizjoterapii - Fizjoterapia Paulina Teodorowicz”,  
działający pod adresem ul. Płk. S. Dąbka 165 81-167 Gdynia, posiadający numer NIP:  
9581637725 oraz REGON: 22206162700020

### **OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się ze standardami ochrony małoletnich  
obowiązującymi w „Fizjoklinika Gabinet Rehabilitacji i Fizjoterapii - Fizjoterapia Paulina  
Teodorowicz”, działający pod adresem ul. Płk. S. Dąbka 165 81-167 Gdynia, posiadający  
numer NIP: 9581637725 oraz REGON: 22206162700020  
i zobowiązuje się do ich stosowania.

.....  
(podpis osoby współpracującej)