

.....  
(miejsowość, data)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że .....  
(nazwa i adres placówki)

zastosował w praktyce wiedzę zdobytą podczas szkolenia realizowanego w ramach projektu  
*„Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”.*

Podmiot oświadcza również, że stosuje zdobytą wiedzę do wszystkich rodzajów dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi terminami w przepisach prawa.

Szkolenie odbyło się

.....  
(data i miejsce szkolenia)

.....  
(podpis)