

Załącznik nr 3 do Regulaminu

**ZOBOWIĄZANIE  
DO PRZESTRZEGANIA REGULAMINU POBYTU W IZOLATORIUM  
UTWORZONYM PRZEZ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE**

Ja, niżej podpisany, w związku ze skierowaniem do Izolatorium, zobowiązuje się do przestrzegania Regulaminu pobytu w Izolatorium utworzonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, przyjętego Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ we Włodawie Nr 32/D/61/2020 z dnia 9.10.2020 r., w trakcie całego mojego pobytu w obiekcie Izolatorium. Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za wszelkiego rodzaju szkody wyrządzone przeze mnie w przedmiotach i rzeczach będących na wyposażeniu obiektu Izolatorium oraz za skutki wywołania niepożądanych zdarzeń, o których mowa w Regulaminie.

.....

Miejscowość, data

.....

(czytelny podpis)