

## Oświadczenie

W związku z koniecznością przeprowadzenia procesu leczniczego w sytuacji panującego zagrożenia epidemicznego, oświadczam iż pomimo zachowania przez Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o. rygoru sanitarnego oraz procedur ograniczających ryzyko zakażenia się COVID-19 jestem w pełni świadomy/ą ewentualnego niebezpieczeństwa zarażenia się koronawirusem.

.....  
data

.....  
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego