



WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY

ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa

.....
Imię i nazwisko kandydata do pracy / pracownika

.....
Jednostka organizacyjna

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią:

1. Regulaminu pracy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
2. Kodeksu etyki pracowników Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
3. Regulaminu wynagradzania pracowników Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
4. Regulaminu organizacyjnego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i zobowiązuję się do przestrzegania zasad określonych w tych dokumentach.

Warszawa, dnia
data złożenia oświadczenia

.....
podpis składającego oświadczenie