Imię i nazwisko pacjenta ...........................................

 PESEL ......................................................................

Oświadczenie

Oświadczam że zostałam/em poinformowana/y o całkowitym zakazie palenia wyrobów tytoniowych na terenie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach . **Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania w/wym. zakazu.**

### W przypadku naruszenia przepisów jestem świadoma/y konieczności poniesienia odpowiedzialności wynikającej z art.13.ust.2 ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przez następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U.2019.2182 t.j. z dnia 2019.11.12,

Data …………. Podpis……..............................