

---

*Data*

**OŚWIADCZENIE  
O ZAPOZNANIU SIĘ ZE  
STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNICH W  
GABINETACH SATURNA**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Gabinetach Saturna, Marta Wiatr - Wiatr Medical oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

---

*Podpis*