**Załącznik Nr 3**

Do Procedury Przeciwdziałania Mobbingowi, Dyskryminacji

i Zachowaniom Niepożądanym

w CENTRUM MEDYCYNY PROFILAKTYCZNEJ SP. Z O.O.

**Oświadczenie o Zachowaniu Poufności Postępowania**

Ja niżej podpisana/y: …………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

Członek Komisji Wyjaśniającej powołana/y przez Zarząd Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. w dniu …………………, zgodnie z Procedurą Przeciwdziałania mobbingowi, dyskryminacji i zachowaniom niepożądanym, wprowadzoną Uchwałą Zarządu CMP Sp. z o.o. Nr ………………………, z dnia ………………………………… oświadczam niniejszym, że zachowam całkowitą poufność postępowania podczas jego trwania i po jego zakończeniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraków, dnia ……………………… |  | …………………………………………… |
|  |  | imię i nazwisko |
|  |  |  |