

7.07.2022 r., Otwock

*Data i miejscowość*

**Deklaracja przystąpienia do Klastra Medycznego**

[www.klastermedyczny.org](http://www.klastermedyczny.org)

SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Otwocku

(pełna nazwa podmiotu)

ul. B. Prusa 1/3 ; 05-400 Otwock

(adres, miejscowość, kod)

22 779-46-71

nr telefonu

[sekretariat@zozmswia.pl](mailto:sekretariat@zozmswia.pl)

adres e-mail

NIP

532-10-17-768

p.o. Dyrektora mgr Ewelina Rokicka  
Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Klastra Medycznego  
i akceptuję regulamin Klastra.

p.o. Dyrektora  
SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA  
w Otwocku

*mgr Ewelina Rokicka*

.....  
*Podpis i pieczętka*