Logo clínica

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Yo ………………………………………… con DNI ……………….. y nº de colegiado …………………., como responsable sanitario de la clínica dental ……………………… con nº de autorización sanitaria ………, declaro que asumo las funciones de responsable de seguridad del paciente descritas en el artículo 2.2 del Decreto 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Fecha y firma.