



**Po zapoznaniu się z Deklaracją Porozumienia na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychiczenie oświadczam, że:**

- zgadzam się z zawartymi w niej treściami,
- zobowiązuję się do podejmowania zgodnych z nią działań,
- przystępuję do Porozumienia na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychiczenie.

*Imię i nazwisko*

.....

*Adres*

.....

.....

*Telefon, e-mail,*

.....

.....

*Data:* .....

*Podpis:* .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych Porozumienia, zgodnie z treścią ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz.88)