



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.

Pełna nazwa Ośrodka/Instytucji/Organizacji

.....
.....

Adres

.....
.....

Telefon, e-mail, fax

.....
.....

Imię i Nazwisko przedstawiciela Ośrodka/Instytucji/Organizacji

.....

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)