……
miejscowość i data

……
imię i nazwisko pacjenta

……

……
adres

……
pesel

……
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/-y **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na udział w świadczeniach prowadzonych w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w WOTUiW przy ul. Głogowskiej 25B w Opolu.

……
Podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić