



.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres

.....
pesel

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-a, że Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia przy ul. Głogowskiej 25B w Opolu jest jednostką stażową dla osób szkolących się w ramach szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Zostałem/-łam poinformowana, że w trakcie spotkań z lekarzami oraz terapeutami może być obecny stażysta odbywający program stażu kierunkowego.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Podpis pacjenta
(w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

.....
Podpis pacjenta
(w przypadku ukończenia 18 r.ż.)