



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK
MEDYCyny PRACY
SPZOZ

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „ODŁ@CZ SIĘ”

dot. psychoedukacji dzieci, młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów w zakresie profilaktyki uzależnień behawioralnych,

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Miejsce udzielania świadczeń:

- MWOMP Płock
- MWOMP O/Warszawa
- MWOMP O/Radom

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego,
2. uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie,
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Imię i nazwisko , podpis, data

nr tel.

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego