



## ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „MENTAL CARE”

dotyczącym edukacji zdrowotnej i wsparcia w kryzysie osób dorosłych w latach 2023 - 2024.

.....  
(imię i nazwisko uczestnika)

.....  
(numer telefonu)

Miejsce udzielania świadczeń ( właściwe zaznaczyć):

- MWOMP PŁOCK
- MWOMP O/RADOM
- MWOMP O/WARSZAWA

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.

.....  
(data)

.....  
(podpis uczestnika)

*Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego*

Płock  
Warszawa  
Radom

ul. Kolegialna 17  
Al. Wojska Polskiego 25  
ul. Rodziny Winzewskich 5

24 267 84 52  
22 560 00 40  
48 330 93 22

24 262 88 42  
22 560 00 41  
48 330 93 23

plock@mwomp.pl  
warszawa@mwomp.pl  
radom@mwomp.pl

NIP: 774 15 46 233  
Regon: 000301569  
KRS: 0000139991