

Wołomin dnia.....

.....

Imię i nazwisko

Oświadczam, że w trakcie terapii z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych (skype, telefon) w Oddziale Dziennym OPTU w Wołominie nie mam umówionych żadnych spraw medycznych, finansowych, prawnych, administracyjnych itp., które uniemożliwiłyby uczestnictwo w zajęciach, które odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 do 14:00.

.....

(podpis terapeuty)

.....

(podpis pacjenta)