

## OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Ja, niżej podpisany .....

(imię i nazwisko, PESEL)

wyrażam zgodę na przyjęcie do Oddziału Dziennego w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Wołominie oraz przekazanie karty informacyjnej do Poradni Ośrodka.

.....

(podpis Pacjenta/-tki)