

KARTA ZGŁOSZENIA

placówki terapii uzależnień do udziału w KONSULTACJACH prowadzonych przez
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia

w 2011 roku

1. Nazwa i adres placówki

2. Lista osób deklarujących uczestnictwo w konsultacjach.

L.p.	Imię i nazwisko	Stanowisko/ kwalifikacje zawodowe	Wymiar zatrudnienia
1			
2			
3			
4			

3. Wstępne oczekiwania i cele jakie placówka chciałaby osiągnąć dzięki konsultacjom.

Data _____

Pieczętka placówki

Podpis kierownika