ZSS-W-3	Wniosek o objęcie leczeniem odwykowym	Opłata skarbowa: *Nie pobiera się*

Ostrołęka.....

Miejska Komisja
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
ul. gen. T. Kościuszki 45
07 – 400 Ostrołęka

Dane osoby, która ma zostać objęta leczeniem:

Pan/Pani..... data urodzenia .....

(imię i nazwisko osoby, która ma być objęta leczeniem)

miejsce urodzenia....., imiona rodziców.....

stan cywilny ..... rok urodzenia dzieci .....

adres zamieszkania osoby zgłoszonej do leczenia: Ostrołęka ul.....

wykształcenie ....., miejsce pracy/ew. źródło utrzymania.....

Osoba składająca wniosek .....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ostrołęka, dnia .....

.....
(podpis osoby składającej wniosek)