

Ostrołęka,

**Miejska Komisja
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
ul. Kościuszki 45
07-400 Ostrołęka**

Dane osoby, która ma zostać objęta leczeniem:

Pani/Pana Data urodzenia
(imię i nazwisko osoby, która ma być objęta leczeniem)w wykształcenie
(miejsce urodzenia)

Imiona rodziców stan cywilny

Miejsce pracy /ew. źródło utrzymania/

Rok urodzenia dzieci

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

Osoba składająca wniosek
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, ewentualnie numer telefonu)**Uzasadnienie**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ostrołęka, dnia

.....
/podpis osoby składającej wniosek/