SSM-W-6	Wniosek o objęcie leczeniem odwykowym	Opłata skarbowa: *nie pobiera się*

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/