

REZYGNACJA Z DALSZEGO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka/podopiecznego

.....

Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w Regionalnym programie zdrowotnym w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z województwa mazowieckiego.

Powodem mojej rezygnacji jest:

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

(ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)

.....

data i podpis