

Znak Sprawy:

Kraków, ... r.
(data)

INFORMACJA DLA PODMIOTU LECZNICZEGO

Członek/Członkowie* Zespołu Interwencyjnego Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie prosi/proszą* o objęcie leczeniem w zakresie terapii uzależnień Pani/Pana*:

.....,
(imię i nazwisko)

zam.:
(adres)

i wydanie ww. stosownego zaświadczenia celem przedłożenia w tut. Komisji do dnia

.....
(imię i nazwisko Członka Komisji)

.....
(podpis)

.....
(imię i nazwisko Członka Komisji)

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

Potwierdzam odbiór i zobowiązuję się do wyznaczonego dnia dostarczyć zaświadczenie o podjęciu, kontynuacji lub zakończeniu leczenia.

.....
(imię i nazwisko osoby, której dotyczy informacja)

.....
(podpis)