



Załącznik nr 6 – Rezygnacja z dalszego uczestnictwa w Programie

Rezygnacja z dalszego uczestnictwa w programie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka w Regionalnym Programie Zdrowotnym w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego.

Powodem rezygnacji jest**:

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

.....
Data i podpis opiekuna uczestnika

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe