



## DEKLARACJA

przystąpienia do Partnerstwa na rzecz pokonywania barier  
w pełnym uczestnictwie w życiu społecznym i gospodarczym  
osób chorujących psychicznie i ich rodzin.

Nazwa instytucji/organizacji: .....

.....

Dane kontaktowe:.....

.....

.....  
Data

.....  
Podpis

Zadanie współfinansowane ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej  
Departament Pożytku Publicznego w ramach konkursu Funduszu Inicjatyw Obywatelskich