****

**DEKLARACJA**

przystąpienia w każdym czasie 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