|  |
| --- |
| **Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży Qmedica, ul. Mickiewicza 74, Białystok**  Białystok, dn. ………………………………………  Proszę o zmianę psychologa / psychoterapeuty / terapeuty środowiskowego /  …………………………………………………………………………………………………………….  (imię i nazwisko pracownika)  prowadzącego oddziaływania z  ………………………………………………………………………………………………………..  (imię i nazwisko pacjenta)  od dn. ………………………………………………..  Zostałam (-em) poinformowany, iż dokonanie zmiany może skutkować przerwaniem oddziaływań i oczekiwaniem w kolejce na kontynuację.  ………………………………………………………  podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna |
| **Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży Qmedica, ul. Mickiewicza 74, Białystok**  Białystok, dn. ………………………………………  Proszę o zmianę psychologa / psychoterapeuty / terapeuty środowiskowego …………………………………………………………………………………………………………….  (imię i nazwisko pracownika)  prowadzącego oddziaływania z  ………………………………………………………………………………………………………..  (imię i nazwisko pacjenta)  od dn. ………………………………………………..  Zostałam (-em) poinformowany, iż dokonanie zmiany może skutkować przerwaniem oddziaływań i oczekiwaniem w kolejce na kontynuację.  ………………………………………………………  podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna |