|  |
| --- |
| **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   |