

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Tomaszów Lubelski,

.....
(adres zamieszkania)

.....
(tel. kontaktowy)

Dyrekcja
Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-
Wychowawczego PSONI
Koło w Tomaszowie Lubelskim

Informuję, że z dniem rezygnuję z rehabilitacji
medycznej świadczonej w Ośrodku Rehabilitacyjno - Edukacyjno -
Wychowawczym PSONI Koło w Tomaszowie Lub na rzecz mojego dziecka

.....ur

.....
podpis Rodzica