

.....
Imię i nazwisko wnioskującego

.....
Data

.....
Adres zamieszkania

.....

.....
Numer telefonu

Komisja Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych
Gminy Chojnice
tel. 52 397 35 74

Proszę o **umorzenie** mojego wniosku złożonego dnia
w sprawie o zobowiązanie Pana(i)
ur. W
PESEL zam.

.....
do leczenia odwykowego choroby alkoholowej. Prośbę moją motywuję tym , że:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy