

.....
pieczętka placówki

.....
miejsowość, data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO UDZIAŁU
W KONKURSIE WIEDZY
o HIV/AIDS ORAZ UZALEŻNIEŃ 2026**

Dyrekcja

.....
.....
(nazwa, adres placówki, nr telefonu)

zgłasza uczestników do udziału w Konkursie Wiedzy o HIV/AIDS oraz Uzależnień 2026 organizowanym przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, Centrum Usług Społecznych oraz Starostwo Powiatowe w Kościerzynie.

Imię i nazwisko uczestnika:

1.....
2.....
3.....
4.....

**Opiekunem grupy
jest.....**

(imię, nazwisko opiekuna, nr tel. kontaktowego)

.....
(podpis i pieczętka dyrekcji)

.....
(podpis opiekuna grupy)