

**Dane kontaktowe osoby zgłaszającej się do świadczenia usług Asystenta rodziny
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Trzebnicy,
pl. Marszałka Józefa Piłsudskiego1, 55-100 Trzebnica**

Imię i nazwisko:

Numer telefonu i/lub adres e-mail:

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)