

Sosnowiec, dnia .....

imię i nazwisko: .....

data urodzenia: .....

**DEKLARACJA ODPLATNOŚCI ZA SPOTKANIA  
W SPECJALISTYCZNEJ PORADNI RODZINNEJ  
DIECEZJALNEGO CENTRUM SŁUŻBY RODZINIE I ŻYCIU W SOSNOWCU**

Zgodnie z zasadami określonymi w punkcie 3. i 4. załącznika do Regulaminu Specjalistycznej Poradni Rodzinnej dotyczącego odpłatności za świadczenia dla osób korzystających z pomocy Poradni deklaruję, że od dnia ..... wnoszona przeze mnie opłata za każde spotkanie w ramach ..... będzie wynosić ..... złotych.

Zobowiązuję się do wnoszenia odpłatności za spotkania w wyżej zadeklarowanej wysokości za dany miesiąc do ostatniego dnia miesiąca przelewem na konto Diecezjalnego Centrum Służby Rodzinie i Życiu w Sosnowcu, ul. Skautów 1, 41-200 Sosnowiec (nr konta: 78 1240 1330 1111 0010 0318 2467; tytuł: „opłata za (nazwa świadczenia) za miesiąc (nazwa miesiąca)”) i przekazania specjaliście prowadzącemu potwierdzenia dokonanej płatności na pierwszym spotkaniu w kolejnym miesiącu.

W razie nieobecności na spotkaniu bez wcześniejszego uprzedzenia lub odwołania spotkania niezgodnie z zasadami zobowiązuję się do wpłaty na ww. konto kwoty odpowiadającej opłacie za spotkanie.

.....

(podpis)