

---

Imię i nazwisko

---

ulica i nr domu

---

kod pocztowy, miejscowość

---

nr telefonu

---

adres e-mail

## Oświadczenie

Oświadczam, że mam świadomość, że spotkania terapeutyczne prowadzone przez Tomasza Kowalika są spotkaniami o charakterze edukacyjnym i że nie zastępują profesjonalnej porady lekarskiej ani psychologicznej. Celem tych spotkań jest nauczenie mnie samodzielnego radzenia sobie z problemami, których doświadczam i które stanowią przedmiot spotkań.

Zobowiązuję się informować prowadzącego te spotkania o odbytych lub odbywanych: psychoterapii, leczeniu psychiatrycznym lub neurologicznym.

Wszelkie dotyczące mnie informacje są poufne i pozostają wyłącznie do wiadomości prowadzącego spotkania oraz nie mogą być ujawniane osobom trzecim, chyba że wymaga tego obowiązujące prawo.

Wrocław,

---

Data i podpis