

Δήλωση συμμετοχής φορέα ψυχικής υγείας (τύπου Β) για τη λειτουργία “Γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης”

Επωνυμία Φορέα

Όνοματεπώνυμο Νομίμου
Εκπροσώπου

Διεύθυνση (Οδός, Πόλη, ΤΚ)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας

e-mail

Παρατηρήσεις

Ημερομηνία

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος

ΥΠΟΓΡΑΦΗ