

Potvrzení o účasti v dobrovolnickém programu

Potvrzujeme tímto, že (jméno a příjmení):

datum narození:

je aktivně zapojen/a do dobrovolnického programu

ve zdravotnickém zařízení:

(název)

(adresa)

.....

razítko a podpis

koordinátora dobrovolníků / dobrovolnického programu / garanta programu