

**ZAŁĄCZNIK nr 1- WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA NIELEGALNYCH TREŚCI
LUB TREŚCI NIEZGODNYCH Z WARUNKAMI KORZYSTANIA Z USŁUG**

Data:

Imię i nazwisko/firma :

Adres zamieszkania:

E-mail (o ile dostępny):

Numer telefonu (o ile dostępny):

Numer zamówienia (jeśli dotyczy):

[z wyjątkiem zgłoszenia dotyczącego informacji uznawanych za związane z jednym z przestępstw, o których mowa w art. 3–7 dyrektywy 2011/93/UE]

Link do Treści:

Dominika Czachor usługi medyczno-psychologiczne

NIP: 8141699130, kontakt@adhdpomojemu.pl

ul. Akacyjowa 5, 36-100 Kolbuszowa