

**ZAŁĄCZNIK nr 5 - WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA NIELEGALNYCH TREŚCI
LUB TREŚCI NIEZGODNYCH Z WARUNKAMI KORZYSTANIA Z USŁUG (Z
REGULAMINEM)**

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