

_____, dnia _____ r.

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KOALICJI „ZDROWIE BEZ PAPIEROSÓW”

Działając w imieniu i na rzecz _____ (imię i nazwisko/nazwa organizacji/institucji), niniejszym deklaruję wolę dołączenia do Koalicji „Zdrowie bez papierosów” w charakterze członka głównego/wspierającego* (niepotrzebne skreślić). Popieram tym samym Manifest Koalicji „Zdrowie bez papierosów”, ponadto oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Koalicji i w pełni akceptuję jego postanowienia.

Niniejszym, deklaruję pełne wsparcie dla działań podejmowanych przez Koalicję skoncentrowanych na systemowych aspektach walki z nałogiem palenia. Celem głównym Koalicji jest wypracowanie systemowych rozwiązań dla finansowania i tworzenia sieci poradni rzucania palenia oraz podejmowanie inicjatyw mających na celu objęcie refundacją ze środków publicznych różnych metod lub technologii leczenia nałogu nikotynowego ujętych zbiorczo w formie jednolitej Recepty na rzucenie palenia.

Oświadczam, że osobą/osobami do kontaktu i reprezentowania organizacji/institucji w Koalicji jest:

_____ (imię i nazwisko), adres e-mail: _____ tel.: _____

_____ (imię i nazwisko), adres e-mail: _____ tel.: _____

_____ (imię i nazwisko), adres e-mail: _____ tel.: _____

Oświadczam, że:

- a) dane kontaktowe osób reprezentujących członka Koalicji będą na bieżąco aktualizowane;
- b) w przypadku zmiany osób reprezentujących niezwłocznie powiadomię przedstawicieli Koalicji i dostarczę dane kontaktowe nowego reprezentanta organizacji/institucji;
- c) osoby do kontaktu zapoznały się z obowiązkiem informacyjnym wskazanym w załączniku 3 do Regulaminu Koalicji.

[imię i nazwisko, nazwa organizacji/institucji]