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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επωνυμία Φορέα** |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |
| **Ονοματεπώνυμο Νομίμου Εκπροσώπου** |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |
| **Διεύθυνση (Οδός, Πόλη, ΤΚ)** |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας** |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |
| **e-mail** |  | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Παρατηρήσεις** |

**Ημερομηνία ......................**

**Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**