**Wniosek o przedłużenie rekomendacji**

INFORMACJA NA TEMAT PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO/PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

# I. DANE OGÓLNE

## 1. Nazwa programu

## 2. Autor / autorzy programu

## 3. Nazwa, adres organizacji odpowiedzialnej za program

**Nazwa:** Nazwa organizacji

**Ulica:** Ulica

**Kod:** Kod **Miasto:** Miasto

## 4. Kontakt

**Imię i nazwisko:**

**Tel.:** Tel **Fax:** Fax **E-mail:** E-mail

## 5. Organizacje / instytucje do tej pory realizujące program

Opis