

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, pełnomocnik)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

Rodzaj turnusu

Termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa, adres (z kodem pocztowym) i numer telefonu:

.....
.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa, adres (z kodem pocztowym) i numer telefonu:

.....
.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

Wypełnia PCPR

Wpis do rejestru organizatorów ważny do

Wpis do rejestru ośrodków ważny do

Rodzaj schorzenia

.....
(data i podpis pracownika PCPR)