

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

ZWROT DO PCPR W CIAGU 30 DNI

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*.....

.....

Rodzaj turnusu

Termin turnusu: od.....do.....

Dane organizatora turnusu: Nazwa i adres z kodem

pocztowym.....

.....

.....

Dane ośrodka w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym.....

.....

.....

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)

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu