## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia osoba *niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny)*

Imię i nazwisko uczestnika turnusu..............................................................................................

*pesel albo numer dokumentu tożsamości* ...................................................................................

**82-300 ELBLĄG** *ul ...................................................................................................................*

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 korzystałam / em 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)