

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

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

**Rehamed-Center Sp. z o.o.**

**Tajęcina 66a, 36-002**

### Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

**Rehamed-Center Sp. z o.o.**

**Tajęcina 66a, 36-002**

**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 ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....

(data)

wnioskodawcy)

.....

(czytelny podpis

\_\_\_\_\_

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\_\_\_\_\_