

## OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym:

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

**Tajęcina 66a, 36-002**

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów:

**Nr OR/18/0005/15, ważny do 15.12.2018**

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani .....

wraz z opiekunem

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .....

w terminie od ..... do .....

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym)

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

**Tajęcina 66a, 36-002**

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

**Nr OD/18/0010/15, ważny 30.12.2018**

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie zł .....

.....  
opiekuna osoby niepełnosprawnej\* 1540 zł, słownie zł : tysiąc pięćset  
czterdzieści złotych

**Zobowiązuję się, w terminie 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego", sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na rachunek bankowy PCPR.**

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Alior Bank : 67 2490 0005 0000 4520 5726 2569

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

\* Niepotrzebne skreślić.