

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: **USPRAWNIAJĄCO-REKAREACYJNY**

Termin turnusu: oddo

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

ASTUR SP. Z O.O. 20-827 LUBLIN UL. POLI GOJAWICZYŃSKIEJ 9

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

**OŚRODEK REHABILITACYJNO-WCZASOWY „ASTUR”
22-200 WŁODAWA OKUNINKA XII/6**

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 społecznych rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu