

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani
wraz z opiekunem*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity Koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnejzł, słownie zł

opiekuna osoby niepełnosprawnej*zł, słownie zł

Zobowiązuję się w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesać 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 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

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

Nazwa banku.....oddział:.....nr

(data)

(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

* Niepotrzebne skreślić