

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów

Potwierdzam możliwość uczestnictwa 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 niepełnosprawnej zł., słownie zł

Opiekuna osoby niepełnosprawnej*zł., słownie zł.

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

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

.....

.....

(data)

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

*niepotrzebne skreślić.