



FUNDACJA DZIECIOM „ZDAŻYĆ Z POMOCĄ”

Nr księgi: 000000178504

ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa

Ośrodki Rehabilitacji

Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”



MIJSCOWOŚĆ

DNIA

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – TURNUS

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA		
<input type="text"/>		

NUMER EWIDENCYJNY PODOPIECZNEGO W FUNDACJI*	NUMER PESEL PACJENTA	DATA URODZENIA PACJENTA (DZIEŃ/MIESIĄC/ROK)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA
<input type="text"/>

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
<input type="text"/>

NUMER PESEL PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	ADRES ZAMIESZKANIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NUMER TELEFONU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	ADRES EMAIL PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

WYBRANY OŚRODEK REHABILITACJI (PROSIMY WSTAWIĆ ZNAK X PRZY WŁAŚCIWYM OŚRODKU)
<input type="checkbox"/> AMICUS UL. SŁOWACKIEGO 12, WARSZAWA
<input type="checkbox"/> BIOMICUS UL. PAŃSKA 96 LOK. 201, WARSZAWA
<input type="checkbox"/> CEMICUS UL. GRZYBOWSKA 4 LOK. 9A, WARSZAWA

TURNUS REHABILITACYJNY (PROSIMY WPISAĆ NAZWĘ TURNUSU)
<input type="text"/>

DATA PLANOWANEGO TURNUSU (DZIEŃ/MIESIĄC/ROK)	
<input type="text"/>	
TERMIN ROZPOCZĘCIA	TERMIN ZAKOŃCZENIA

\*Dla Podopiecznych Fundacji Sedeka - proszę wskazać numer Grupy OPP



ZAKWATEROWANIE (PROSIMY WSTAWIĆ ZNAK X WE WŁAŚCIWYM MIEJSCU)

- WE WŁASNYM ZAKRESIE
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB (1 POKÓJ, WSPÓLNE KUCHNIA I ŁAZIENKA)  
HOSTEL PRZY UL. KLAUDYNY 6, WARSZAWA
- 1.100 PLN/PODOPIECZNY
  - 1.200 PLN/PACJENT SPOZA FUNDACJI
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB (1 POKÓJ, WSPÓLNE KUCHNIA I ŁAZIENKA)  
HOSTEL PRZY UL. PAŃSKIEJ 96, WARSZAWA
- 1.200 PLN/PODOPIECZNY
  - 1.300 PLN/PACJENT SPOZA FUNDACJI
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB (APARTAMENT)  
LOKAL PRZY UL. ŻELAZNEJ 41, WARSZAWA
- 1.800 PLN/PODOPIECZNY
  - 2.000 PLN/PACJENT SPOZA FUNDACJI
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB (1 POKÓJ, WSPÓLNE KUCHNIA I ŁAZIENKA)  
HOSTEL PRZY UL. GRZYBOWSKIEJ 4, WARSZAWA
- 1.200 PLN/PODOPIECZNY
  - 1.300 PLN/PACJENT SPOZA FUNDACJI
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB (APARTAMENT)  
LOKAL PRZY UL. GRZYBOWSKIEJ 4, WARSZAWA
- 1.800 PLN/PODOPIECZNY
  - 2.000 PLN/PACJENT SPOZA FUNDACJI

W PRZYPADKU TURNUSU TRWAJĄCEGO MNIEJ NIŻ 12 DNI, KWOTA JEST PROPORCJONALNIE POMNIEJSZONA.

CAŁKOWITY KOSZT USŁUGI REHABILITACYJNEJ

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią *Regulaminu organizacyjnego Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”*, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do jego stosowania.

CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA USTAWOWEGO

Prosimy o wypełnienie, podpisanie i odesłanie dokumentu na adres e-mail: [zapisy@dzieciom.pl](mailto:zapisy@dzieciom.pl)

**Przypominamy, że faktury wystawionej przez Fundację Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”  
nie można będzie zrefundować z subkonta.**



**Szanowni Państwo,**

**Informujemy, że wystawienie faktury jest wiążące do jej opłacenia, dlatego bardzo prosimy o przemyślaną decyzję dotyczącą wystawienia faktury oraz szczegółów w niej zawartych.**

**Pokrycie kosztów rehabilitacji:** *(prosimy o wybór jednego z poniższych wariantów)*

**ze środków zgromadzonych na subkoncie (wówczas Fundacja nie wystawia faktury).**

**UWAGA! Aby skorzystać z tej opcji, prosimy upewnić się, że na subkoncie znajdują się środki wystarczające na pokrycie całości kosztów turnusu.**

**ze środków własnych lub środków z innego źródła (na podstawie faktury wystawionej przez Fundację).**

Przypominamy, że faktury wystawionej przez Fundację Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” nie można będzie zrefundować z subkonta.

#### DANE DO FAKTURY

IMIĘ I NAZWISKO LUB NAZWA FIRMY	

NIP FIRMY (JEŚLI DOTYCZY)	PEŁNY ADRES ZAMIESZKANIA / PEŁNY ADRES SIEDZIBY FIRMY

AKTUALNY ADRES MAILOWY	AKTUALNY TELEFON KONTAKTOWY

FAKTURA ZOSTANIE WYSŁANA NA WSKAZANY PRZEZ PAŃSTWA ADRES E-MAIL. JEŻELI CHCĄ PAŃSTWO OTRZYMAĆ ORYGINAŁ FAKTURY W FORMIE PAPIEROWEJ, PROSIMY O PODANIE ADRESU, NA KTÓRY MA ZOSTAĆ PRZESŁANA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA USTAWOWEGO