

....., dnia roku

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – TURNUS

1. IMIĘ, NAZWISKO

2. DATA URODZENIA / / (DZIEŃ / MIESIĄC / ROK)

3. NUMER EWIDENCYJNY W FUNDACJI (JEŚLI PACJENT JEST PODOPIECZNYM FUNDACJI)

4. NUMER PESEL

5. IMIĘ, NAZWISKO I NUMER PESEL OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....PESEL

6. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....

7. NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO ORAZ ADRES E-MAIL OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....

8. WYBRANY OŚRODEK REHABILITACJI (PROSIMY WSTAWIĆ X)

- AMICUS ul. Słowackiego 12, Warszawa
- BIOMICUS ul. Pańska 96, Warszawa
- CEMICUS ul. Grzybowska 4 lok. 9A, Warszawa

9. TURNUS REHABILITACYJNY / PAKIET (PROSIMY WPISAĆ NAZWĘ ORAZ NR TURNUSU)

.....

DATA PLANOWANEGO TURNUSU OD: / / DO: / / (DZIEŃ / MIESIĄC / ROK)

10. ZAKWATEROWANIE (PROSIMY WSTAWIĆ X) :

- WE WŁASNYM ZAKRESIE
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB, W LOKALU przy ul. Klaudyny 6, Warszawa
 - 700 PLN /12 DNI – PODOPIECZNY
 - 800 PLN/12 DNI – PACJENT SPOZA FUNDACJI
- ZAKWATEROWANIE DLA 4 OSÓB (2 POKOJE) W LOKALU przy ul. Klaudyny 6, Warszawa
 - 1000 PLN /12 DNI – PODOPIECZNY
 - 1100 PLN/12 DNI – PACJENT SPOZA FUNDACJI
- ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB, W LOKALU przy ul. Pańskiej 96, Warszawa
 - 800 PLN /12 DNI – PODOPIECZNY
 - 900 PLN /12 DNI – PACJENT SPOZA FUNDACJI



ZAKWATEROWANIE DLA 2 – 4 OSÓB, RODZINNE W LOKALU przy ul. Żelaznej 41, Warszawa

- 1200 PLN / 12 DNI – PODOPIECZNY
- 1400 PLN / 12 DNI – PACJENT SPOZA FUNDACJI

ZAKWATEROWANIE DLA 2 – 4 OSÓB, RODZINNE W LOKALU przy ul. Grzybowskiej 4, Warszawa

- 1300 PLN / 12 DNI – PODOPIECZNY
- 1500 PLN / 12 DNI – PACJENT SPOZA FUNDACJI

ZAKWATEROWANIE DLA 2 OSÓB W LOKALU przy ul. Grzybowskiej 4, Warszawa

- 800 PLN / 12 DNI – PODOPIECZNY
- 900 PLN / 12 DNI – PACJENT SPOZA FUNDACJI

11. KONSULTACJE / DIAGNOZY / POJEDYNCZE TERAPIE

NAZWA TERAPII	LICZBA TERAPII	CZAS TRWANIA TERAPII 1/2 GODZ.; 1 GODZ.	KOSZT

KOSZT POJEDYNCZEJ TERAPII TO 70 PLN ZA 1 GODZ. I 40 PLN ZA 1/2 GODZ. (PODOPIECZNY)

KOSZT POJEDYNCZEJ TERAPII TO 90 PLN ZA 1 GODZ. I 45 PLN ZA 1/2 GODZ. (PACJENT SPOZA FUNDACJI)

LICZBA GODZIN TERAPII

DATA PLANOWANYCH TERAPII OD: / / DO: / /
(DZIEŃ / MIESIĄC / ROK) (DZIEŃ / MIESIĄC / ROK)

12. CAŁKOWITY KOSZT

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią *Regulaminu korzystania z usług rehabilitacyjnych w Ośrodkach Rehabilitacji AMICUS, BIOMICUS, CEMICUS* z dnia 1 lutego 2017 r., akceptuję jego treść i zobowiązuję się do jego stosowania.

.....
czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Prosimy o wypełnienie, podpisanie i odesłanie dokumentu na adres e-mail: 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). W przypadku niewystarczającej ilości środków na subkoncie prosimy o zasilenie subkonta o brakującą kwotę.

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

.....
pesel lub NIP

.....
pełny adres zamieszkania / pełny adres siedziby firmy

.....
aktualny adres mailowy oraz 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 / przedstawiciela ustawowego

