

....., dnia ..... roku

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – PAKIET TERAPEUTYCZNY

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 ZNAK X)

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

9. PAKIET TERAPEUTYCZNY (PROSIMY WSTAWIĆ ZNAK X)

- PAKIET MAŁY, 8 GODZ.
  - 780 PLN PODOPIECZNY FUNDACJI
  - 930 PLN PACJENT SPOZA FUNDACJI
- PAKIET ŚREDNI, 12 GODZ.
  - 1140 PLN PODOPIECZNY FUNDACJI
  - 1370 PLN PACJENT SPOZA FUNDACJI
- PAKIET DUŻY, 16 GODZ.
  - 1440 PLN PODOPIECZNY FUNDACJI
  - 1730 PLN PACJENT SPOZA FUNDACJI

DATA PLANOWANYCH ZAJĘĆ AMBULATORYJNYCH

OD: ..... / ..... / ..... DO: ..... / ..... / ..... ( DZIEŃ / MIESIĄC / ROK )

10. KONSULTACJE / DIAGNOZY / OPINIE / POJEDYNCZE TERAPIE

| NAZWA USŁUGI | ILOŚĆ | KOSZT |
|--------------|-------|-------|
|              |       |       |
|              |       |       |
|              |       |       |
|              |       |       |

KOSZT POJEDYNCZEJ TERAPII - 100 PLN ZA 1 GODZ. (PODOPIECZNY)

KOSZT POJEDYNCZEJ TERAPII - 120 PLN ZA 1 GODZ. (PACJENT SPOZA FUNDACJI)

KOSZT TERAPII WSPOMAGANEJ - 200 PLN ZA 1 GODZ./ 100 PLN ZA 0,5 GODZ. (PODOPIECZNY)

KOSZT TERAPII WSPOMAGANEJ - 240 PLN ZA 1 GODZ./ 120 PLN ZA 0,5 GODZ. (PACJENT SPOZA FUNDACJI)

LICZBA GODZIN TERAPII .....

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

11. CAŁKOWITY KOSZT .....

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 / przedstawiciela 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).** 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