

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 niepełnosprawnej zł, słownie zł

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł, słownie zł

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończeniu 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