



FUNDACJA DZIECIOM „ZDĄŻYĆ Z POMOCĄ”
Nr księgi: 000000178504
ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa
Ośrodki Rehabilitacji
Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”



DATA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

☐ AMICUS ☐ BIOMICUS ☐ CEMICUS

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA		
NUMER SUBKONTA PODOPIECZNEGO W FUNDACJI (jeśli jest Podopiecznym)	NUMER PESEL PACJENTA	DATA URODZENIA PACJENTA (dzień/miesiąc/rok)
ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA		
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO		
NUMER PESEL PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	ADRES ZAMIESZKANIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
NUMER TELEFONU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	ADRES E-MAIL PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
DATA PLANOWANYCH ZAJĘĆ AMBULATORYJNYCH (dzień/miesiąc/rok)		
TERMIN ROZPOCZĘCIA		TERMIN ZAKOŃCZENIA
KONSULTACJE/DIAGNOZY/OPINIE/POJEDYNCZE TERAPIE		
NAZWA USŁUGI	ILOŚĆ	KOSZT
LICZBA GODZIN TERAPII	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



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).**

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

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

DANE DO FAKTURY

IMIĘ I NAZWISKO LUB NAZWA FIRMY	
NUMER PESEL LUB NIP	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