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

☐ Wyrażam zgodę na poinformowanie Fundacji SEDEKA z siedzibą w Warszawie o moim uczestnictwie w zajęciach ambulatoryjnych w celu nawiązania ze mną kontaktu na potrzeby wykonania dokumentacji fotograficznej w trakcie zajęć, po uprzednim odebraniu ode mnie odrębnej zgody na utrwalenie i publikację mojego wizerunku.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią *Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego 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

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