# CZĘŚĆ II-OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

Wypełnia organizator turnusu

Nazwa i adres organizatora 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............................................................................................................

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, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu przesłać do właściwego PCPR informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuje się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie tej osoby i jej opiekuna w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\*\*

proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku........................................oddział...........................................................................

Nr................................................................................................................................................

.............................................. ............................................................................

 Data Pieczęć i czytelny podpis organizatora

\* Obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.

\*\* Niepotrzebne skreślić