Załącznik Nr 4

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*.....(słownie zł).....

Zobowiązuję się w terminie 21 dni od dnia zakończenia 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 podpis organizatora*

*niepotrzebne skreślić