

....., dnia roku

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – PAKIET TERAPEUTYCZNY

1. IMIĘ, NAZWISKO

2. DATA URODZENIA / / (DZIEŃ / MIESIĄC / ROK)

3. NUMER EWIDENCYJNY W FUNDACJI (JEŚLI PACJENT JEST PODOPIECZNYM FUNDACJI)

4. NUMER PESEL

5. IMIĘ, NAZWISKO I NUMER PESEL OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....PESEL

6. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....

7. NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO ORAZ ADRES E-MAIL OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

.....

8. WYBRANY OŚRODEK REHABILITACJI (PROSIMY WSTAWIĆ X)

- AMICUS ul. Słowackiego 12, Warszawa
- BIOMICUS ul. Pańska 96, Warszawa
- CEMICUS ul. Grzybowska 4 lok. 9A, Warszawa

9. PAKIET TERAPEUTYCZNY (PROSIMY WSTAWIĆ X)

- PAKIET MAŁY, 8 GODZ.
 - 530 PLN PODOPIECZNY FUNDACJI
 - 690 PLN PACJENT SPOZA FUNDACJI
- PAKIET ŚREDNI, 12 GODZ.
 - 800 PLN PODOPIECZNY FUNDACJI
 - 1020 PLN PACJENT SPOZA FUNDACJI
- PAKIET DUŻY, 16 GODZ.
 - 1050 PLN PODOPIECZNY FUNDACJI
 - 1300 PLN PACJENT SPOZA FUNDACJI

DATA PLANOWANYCH ZAJĘĆ AMBULATORYJNYCH

OD: / / DO: / / (DZIEŃ / MIESIĄC / ROK)

10. KONSULTACJE / DIAGNOZY / POJEDYNCZE TERAPIE

NAZWA TERAPII	LICZBA TERAPII	CZAS TRWANIA TERAPII 1/2 GODZ; 1 GODZ	KOSZT

KOSZT POJEDYNCZEJ TERAPII TO 70 PLN ZA 1 GODZ. I 40 PLN ZA 1/2 GODZ. (PODOPIECZNY)

KOSZT POJEDYNCZEJ TERAPII TO 90 PLN ZA 1 GODZ. I 45 PLN ZA 1/2 GODZ. (PACJENT SPOZA FUNDACJI)

LICZBA GODZIN TERAPII

DATA PLANOWANYCH TERAPII OD: / / DO: / /
(DZIEŃ / MIESIĄC / ROK) (DZIEŃ / MIESIĄC / ROK)

11. CAŁKOWITY KOSZT

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią *Regulaminu organizacyjnego dot. korzystania z usług rehabilitacyjnych w ośrodkach rehabilitacji AMICUS, BIOMICUS, CEMICUS* z dnia 27 lutego 2018 r., akceptuję jego treść i zobowiązuję się do jego stosowania.

.....
czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Prosimy o wypełnienie, podpisanie i odesłanie dokumentu na adres e-mail: zapisy@dzieciom.pl

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

Szanowni Państwo,

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

Pokrycie kosztów rehabilitacji: *(prosimy o wybór jednego z poniższych wariantów)*

- ze środków zgromadzonych na subkoncie (wówczas Fundacja nie wystawia faktury).** W przypadku niewystarczającej ilości środków na subkoncie prosimy o zasilenie subkonta o brakującą kwotę.
- ze środków własnych lub środków z innego źródła (na podstawie faktury wystawionej przez Fundację).** Przypominamy, że faktury wystawionej przez Fundację Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” nie można będzie zrefundować z subkonta.

DANE DO FAKTURY

.....
imię i nazwisko lub nazwa firmy

.....
pesel lub NIP

.....
pełny adres zamieszkania / pełny adres siedziby firmy

.....
aktualny adres mailowy oraz 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 / przedstawiciela ustawowego