

Projekt „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych w Nowej Sarzynie” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych współfinansowany ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Nowa Sarzyna, dnia

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Nr dowodu osobistego)

.....
(PESEL)

.....
(Telefon kontaktowy)

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE SPRZĘTU PIEŁĘGNACYJNEGO, REHABILITACYJNEGO LUB WSPOMAGAJĄCEGO

1. Zwracam się z prośbą o wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego/wspomagającego/pielęgnacyjnego

.....

.....

(nazwa sprzętu)

.....
(podpis uczestnika projektu)

WYPEŁNIA ORGANIZATOR PROJEKTU

2. Wypożyczenie w/w sprzętu rehabilitacyjnego/wspomagającego/pielęgnacyjnego

na okres od dnia..... do dnia.....

.....
(podpis pracownika Wypożyczalni)