**Włoszczowa, dnia………………………….,**

Imię i nazwisko:……………………………………………..

………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:………………………………………

………………………………………………………………………

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Wiśniowa 10

29-100 Włoszczowa

**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE UMOWY**

**NIEODPŁATNE UŻYCZENIE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO, TERAPEUTYCZNEGO LUB POMOCNICZEGO**

Zwracam się z prośbą o przedłużenie umowy użyczenia nr ..................... z dnia...........................

dotyczącej wypożyczenia................................................................................................................

Sprzęt ten jest mi:\* pomocny w rehabilitacji w warunkach domowych/ niezbędny do właściwego

funkcjonowania/..............................................................................................................................

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

……………………………………........................................

podpis wypożyczającego

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:……………………………………………..  ………………………………………………………………………  Adres zamieszkania:………………………………………  …………………………………………………………………………  Numer telefonu:……………………………………………… | Data urodzenia…………………………………  PESEL………………………………………………  Numer i seria dowodu osobistego:……………………...................……………………………………………………… |
| Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/osoby sprawującej faktycznie opiekę nad osobą potrzebującą określonego sprzętu  ………………………………………………………………………………………………..  PESEL…………………………… ……...  Numer i seria dowodu osobistego …………..………………………………  .….……………………………………………………………………………………………  Adres………………………………………………………………………………………  Numer telefonu……………………………………………………………………… | |

……………………………………........................................

podpis wypożyczającego

 

*……………………………….. Data …………………………………..*

*Pieczęć*

ZAŚWIADCZENIE

dla potrzeb

POWIATOWEJ WYPOŻYCZALNI SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO TERAPEUTYCZNEGO I POMOCNICZEGO WE WŁOSZCZOWIE

Imię, …………………………………………………………………………………………….

Nazwisko………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia………………………………………………………… ……………………….

Pesel……………………………………………………………………………………………..

Rozpoznanie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Konieczność użytkowania wymaganego sprzętu rehabilitacyjnego, terapeutycznego lub pomocniczego\*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Pacjentowi udzielono informacji dotyczącej rodzaju zabiegu, czasu trwania i częstotliwości zabiegu.*

……………………………………………………

Podpis/Pieczęć lekarza

\*proszę wymienić konkretny sprzęt rehabilitacyjny lub urządzenie pomocnicze