**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