 

**Włoszczowa, dnia………………………….,**

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

Dane osoby ubiegającej się o wypożyczenie sprzętu .

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:…………………………….……………………………………………………………………………………………… | Data urodzenia……………………………………PESEL……………………………………..Numer i seria dowodu osobistego:……………………....................…………………………………………….…………………………………………… |
| Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………….Numer telefonu:………………………………………………………………………………. |
| Rodzaj sprzętu, który ma być użyczony:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 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

  

WNIOSEK O NIEODPŁATNE UŻYCZENIE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO, TERAPEUTYCZNEGO LUB POMOCNICZEGO

|  |
| --- |
| Dane Osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej ubiegającej się o wypożyczenie sprzętu:………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..Data powołania ……………………………………………………………………………….KRS……………………………………………………………………………………………NIP…………………………………………………………………………………………….REGON……………………………………………………………………………………….. |
| Adres siedziby:………………………………………………………………………………………………….Miejsce użytkowania Sprzętu………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….Numer telefonu………………………………………………………………………………… |
| Rodzaj sprzętu, który ma być użyczony:……………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. |
| Imię i nazwisko przedstawiciela / osoby upoważnionej do wypożyczenia sprzętu :…………………………………………………………………………………………………PESEL…………………………Numer i seria dowodu osobistego……................................Adres:…………………………………………………………………………………………..Numer telefonu…………………………….............................................................................. |

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

podpis wnioskodawcy

(przedstawiciela Stowarzyszenia /osoby upoważnionej)

  

**1. Do wniosku dołączam:**

1) Orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, bądź inne równoważne orzeczenie.

2) Zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność korzystania z określonego typu sprzętu.

3) Dowód tożsamości do wglądu.

 Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Wypożyczalni**, a także z zasadami udostępniania oraz użytkowania wypożyczonego sprzętu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Ponadto lekarz wydający zalecenie udzielił mi informacji dotyczącej rodzaju zabiegu, czasu i częstotliwości jego trwania.

W okresie wypożyczenia ponoszę pełną odpowiedzialność za wypożyczony sprzęt w tym finansową w przypadku uszkodzenia go podczas wypożyczenia.

………………………………….. ………………………………

 (miejscowość, data) ( podpis wypożyczającego)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam **zgodę na przetwarzanie danych osobowych** zawartych w umowie użyczenia dla potrzeb niezbędnych do realizacji tejże umowy zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych( tekst jednolity Dz.U. 2014 poz. 1182 z późn. zm

………………………………….. ………………………………

 (miejscowość, data) ( 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

  

 **Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że w dniu .................................................. wypożyczyłem/am następujący sprzęt:........................................................................................................................

...................................................................................................................................................... Otrzymałem/am sprzęt w pełni sprawny, zgodnie ze specyfikacją i w dobrym stanie technicznym.

W okresie wypożyczenia ponoszę pełną odpowiedzialność za wypożyczony sprzęt w tym finansową w przypadku uszkodzenia go podczas wypożyczenia.

Zobowiązuję się do jego zwrotu do dnia..........................................................................

………………………………….. ………………………………

 (miejscowość, data) ( podpis wypożyczającego)

  

 …………………………. dnia ……………

………………………………………………

 imię i nazwisko

………………………………………………

………………………………………………

 adres

UPOWAŻNIENIE

Ja………………………………………….…………………………………………………….

urodzony……………..……………….w ………………………………………………………

 ( data urodzenia) ( miejscowość)

legitymujący się dowodem osobistym numer………………………seria…………………….. **upoważniam do odbioru oraz zwrotu wypożyczonego przeze mnie sprzętu rehabilitacyjnego ( terapeutycznego, pomocniczego)**

Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………….

Urodzonego(ą)………..……………….w ………………………………………………………

 ( data urodzenia) ( miejscowość)

legitymujący się dowodem osobistym numer………………………seria……………………..

………………………………………… ………………………………………

Podpis osoby upoważniającej podpis osoby upoważnionej

  

Powiatowa Wypożyczalnia Sprzętu Rehabilitacyjnego, Terapeutycznego i Pomocniczego
 we Włoszczowie

……………………………… Włoszczowa, dnia …………..

 *imię i nazwisko*

………………………………..

………………………………..

 *adres wystawcy*

 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

 **ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa**

 Jako zabezpieczenie ewentualnych szkód użyczonego Sprzętu na podstawie
Umowy Użyczenia nr ………………. z dnia …………………….. w załączeniu składam
do dyspozycji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie weksel In blanco, opatrzony klauzulą ,,bez protestu”, który PCPR ma prawo wypełnić w każdym czasie, na sumę odpowiadającą kwocie naszego zabezpieczenia z tytułu użyczonego sprzętu i urządzeń pomocniczych –
w przypadku ewentualnej szkody w przedmiocie użyczenia.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ma prawo opatrzyć ten weksel datą płatności według swego uznania, zawiadamiając mnie o tym listem poleconym na 7 dni przed terminem płatności.

Weksel będzie płatny w Banku prowadzącym obsługę PCPR.

 ……………………………………….

 *podpis wystawcy*

Ja, niżej podpisany(a).................................................................................................................

zamieszkały(a)............................................................................................................................

seria i numer dowodu osobistego:.............................................................................................

PESEL......................................................................................................................................

oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią niniejszej deklaracji wekslowej, podpisanej
przez …………………………………………………………..i wyrażam zgodę na jej postanowienia, a tym samym wyrażam zgodę na zaciągnięcie przez w/w zobowiązań, objętych przedmiotową deklaracją i wystawienie przez niego weksla z poręczeniem wekslowym (awal).

Przyjęto dnia .................................r. .............................................................

 (data i czytelny podpis)

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

 (podpis przyjmującego)

  

Poręczam:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 imię i nazwisko poręczyciela

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 adres zamieszkania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis poręczyciela

  

WEKSEL

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (miejsce i data wystawienia weksla)

 Dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. zapłacę za ten własny weksel bez protestu

 *(termin płatności)*

 na zlecenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(remitent)*

sumę do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *(suma pieniężna)*

płatny we Włoszczowie.

*(miejsce płatności weksla)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis wystawcy weksla)

  

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa, tel. 41 39 44993, e-mail: biuro@pcprwloszczowa.pl
	2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
	3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku
	o nieodpłatne użyczenie sprzętu rehabilitacyjnego, terapeutycznego lub pomocniczego, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
	4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,
	w tym przepisów archiwalnych.
	5. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
	6. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
	7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
(ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
	1. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
	2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Włoszczowa dn. ……………………… ……………………………

 (*Podpis Wnioskodawcy)*