



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WYPOŻYCZALNI SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

**„Domowe usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych w województwie opolskim”**  
realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego  
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020

*Dane Beneficjenta:*

**Imię:** \_\_\_\_\_

**Nazwisko:** \_\_\_\_\_

**Wiek:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

*Dane kontaktowe:*

**Adres korespondencyjny:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Powiat:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

*Jednostka chorobowa:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Choroby towarzyszące:*

---

---

---

---

*Dane opiekuna faktycznego(imię, nazwisko, telefon kontaktowy)*

---

*Nazwa wypożyczanego sprzętu*

---

*Planowany okres wypożyczenia*

---

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego stworzonej w ramach Projektu " Domowe usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielných w województwie opolskim" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 i w pełni akceptuję jego postanowienia.

Oświadczam, że zgodnie z art. 24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U z 2002 r Nr 101. pozz926 ze zm) zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Spółkę Medsal , ul. Robotnicza 7 , 49-300 Brzeg w celach rekrutacji do projektu.

.....

*data, imię i nazwisko Beneficjent/opiekuna faktycznego*