Formularz zgłoszeniowy do zadania publicznego –„ Interwencyjne wsparcie terapeutyczne w walce ze skutkami pandemii” dla osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności

Nazwisko I Imię uczestnika

|  |
| --- |
|  |

Adres zamieszkania i numer kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

Wiek

|  |
| --- |
|  |

Uwagi:

Do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (kopia)

Formularz zgłoszeniowy można przesłać na adres: biuro@fizjo-centrum.pl lub osobiście do FITNESS MEDICAL CENTER ul. Białobłocka 21, 09-200 Sierpc

 Podpis osoby składającej formularz zgłoszeniowy

Formularz zgłoszeniowy do zadania publicznego –„ Interwencyjne wsparcie terapeutyczne w walce ze skutkami pandemii” dla Opiekuna osoby niepełnosprawnej

Nazwisko I Imię uczestnika

|  |
| --- |
|  |

Adres zamieszkania i numer kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

Wiek

|  |
| --- |
|  |

Uwagi:

Formularz zgłoszeniowy można przesłać na adres: biuro@fizjo-centrum.pl lub osobiście do FITNESS MEDICAL CENTER ul. Białobłocka 21, 09-200 Sierpc

 Podpis osoby składającej formularz zgłoszeniowy