

## WNIOSEK O REZERWACJĘ

miejsca na turnusie rehabilitacyjnym w DPS „MORS” w Stegnie ul. Morska 11

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 1. | Nazwisko i imię uczestnika Turnusu rehabilitacyjnego                     |   |  |
| 2. | Dokładny adres zamieszkania  |   |  |
|    | Telefon kontaktowy<br>Adres mail:  |   |  |
| 3. | Dane opiekuna / osoby towarzyszącej<br>(Imię , nazwisko, adres, telefon) |   |  |
| 4. | TERMIN TURNUSU :   | RODZAJ POKOJU : (1-osob. ; 2-osob. ; STUDIO)  |  |
| 5. | ODPŁATNOŚĆ ZA TURNUS<br>(odpowiednie zaznaczyć )                         | 1. PEŁNOPLATNY                      2. DOFINANSOWANIE PFRON<br>3. INNE DOFINANSOWANIE |  |
| 6. | Dodatkowe ustalenia:   |   |  |

Przetwarzanie danych zawartych we wniosku odbywa się na podstawie Art. 6 pkt 1 lit B RODO. Szczegółowe informacje znajdują się w klauzuli informacyjnej oraz Polityce Prywatności obowiązującej w Domu Pomocy Społecznej „MORS” w Stegnie.

**Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody (zaznaczyć) na przesyłanie korespondencji drogą mailową.**  
**Jednocześnie akceptuję zasady rezerwacji turnusu określone w otrzymanym „Potwierdzeniu przyjęcia wniosku”.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis uczestnika turnusu)

.....  
(podpis opiekuna)