

Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy  
„ZORZA”  
ul. 1 Maja 17  
72-420 Dziwnówek

## ZAMÓWIENIE

Zamawiam miejsca w turnusie rehabilitacyjnym, według poniższej specyfikacji:

Termin turnusu: od ..... do..... 2019

Liczba osób ogółem: .....

W tym:

Uczestnicy: .....

Opiekunowie: .....

Uprzejmie informujemy, że faktury za turnus zostaną wystawione indywidualnie na każdego Uczestnika z zaznaczeniem obecności Opiekuna.

Uwagi:.....

Zobowiązuję się przesać, nie później niż 14 dni po przesłaniu zamówienia turnusu dokładną listę Uczestników/Opiekunów turnusu, zawierającą:

- imię i nazwisko,
- adres zamieszkania,
- numer PESEL,
- oznaczenie Uczestnik/Opiekun,
- oznaczenie głównego schorzenia Uczestnika turnusu pokrywającego się z wpisem do rejestru ośrodka, w którym turnus się odbędzie .

Uwaga!

Zamówienie powinno zostać opieczętowane i podpisane przez osobę zamawiającą turnus.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i czytelny podpis Osoby upoważnionej)

Zamówienie proszę wysłać za pośrednictwem:

**Faksu:** 071/345-32-44, 071/327-70-83 w. 25, 071/347-82-90 w. 25

lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:

biuro@orzorza.pl

\* niepotrzebne skreślić.