

PROŠNJA ZA KORIŠČENJE ZDRAVILIŠKIH KAPACITET V LETU 2020

Priimek in ime

Rojen / a

Kraj stalnega
bivanja

Naziv ulice, hišna št.:

Telefon GSM

Številka pošte

Naziv pošte

Občina

Vlagam prošnjo za koriščenje kapacitet ohranjevanje zdravja po programu društva

V kraju:					
1. termin		2. termin		3. termin	
Od	Do	Od	Do	Od	Do

Kapacitete ZDIS sem koristil v letu: ___ (samo zadnje leto).

Priimek in ime	Leto rojstva	Naslov	Invalidi		Spremljevalec Sorodnik	Pomoč in postrežba DA NE	Član društva od leta
			Kateg.	Telesna okvara			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Opomba: Nepravilne, nepopolne prošnje ne bomo obravnavali. Pred zaporedno številko 1 (ena obvezno vpišite) nosilca. Kolono invalid izpolnjujemo le, če ima oseba status invalida oz. in telesno okvaro.

Obvezujem se, da bom poravnal 70 € v roku 10 dneh po prejemu obvestila o odobritvi koriščenja oziroma vse v roku 10. dni pred odhodom v zdravilišče.

Datum: _____

Podpis: _____