

Załącznik nr 15
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**

Wniosek lekarza o transport

Wnioskuje o objęcie

Pana/Pani (imię i nazwisko)

wsparciem w formie dowozu do DORP (Chełm, ul. Ogrodowa 46) z miejsca zamieszkania, tj.

.....(adres),

realizowanym w ramach projektu pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych (DORP)**, współfinansowanego przez Unię Europejską z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

UZASADNIENIE:

.....
.....
.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

