Załącznik nr 2

do Regulaminu świadczenia usług transportowych

door-to-door dla mieszkańców gminy Brzuze

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEBY WSPARCIA**

**W ZAKRESIE MOBILNOŚCI**

|  |
| --- |
| **Dane osoby z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data urodzenia: |  |
| Nr tel. kontaktowego |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności: | * Tak (podać nr orzeczenia)…………………………………………………
* Nie
 |
| Oświadczenie ze wskazaniem istniejącej potrzeby wsparcia w zakresie mobilności  | * Tak (podać datę oświadczenia) …………………………………………………
* Nie
 |
| Wskazanie celu przejazdu: | * zdrowotny
 |
| **Dane osoby zgłaszającej** (wypełnić w przypadku zamawiania usługi dla innej osoby) |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr telefonu |  |
| **Informacje dotyczące przewozu** |
| Data i godzina wykonania przewozu |  |
| Miejsce podstawienia  |  |
| Miejsce docelowe (ewentualnie trasa) |  |
| Miejsce powrotu(data i godzina) |  |

……………………………………………

 podpis osoby zgłaszającej

 (miejscowość, data) …………………………………………………..…….