Záznam o požičaní a vrátení pomôcky

1. Centrum pomoci Kalná n.o.
Sídlo: SNP 469/44, Kalná nad Hronom 935 32, IČO: 45742812
(ďalej len „poskytovateľ“)

2. Prijímateľ sociálnej služby
Meno a priezvisko: .....
Dátum nar.: .....
Bydlisko: .....
(ďalej len „prijímateľ“)

Záznam o požičaní pomôcky:

Prijímateľ, č. OP:..... dňa ..... prevzal na základe žiadosti zo dňa.... .....

pomôcku:.....

*Meno a priezvisko: ....., nar. .....,

bydlisko: ....., č. OP:.....

na základe žiadosti prijímateľa zo dňa..... prevzal dňa: .....

pomôcku:.....

pre prijímateľa z dôvodu: .....

V Kalnej nad Hronom dňa .....

.....
podpis prijímateľa
resp. jeho zástupcu

Za Centrum pomoci Kalná n.o.: .....

**** - vypĺňa sa , ak pomôcku nepreberá prijímateľ osobne resp. preberá jeho zákonný zástupca***

Záznam o vrátení pomôcky:

Prijímateľ dňa ..... **vrátil** zdravotnú pomôcku uvedenú vyššie.

V Kalná nad Hronom, dňa .....

.....
podpis prijímateľa
resp. jeho zástupcu

Za Centrum pomoci Kalná n.o.: .....