

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy

A1. Imię i Nazwisko oraz adres wnioskodawcy¹				1. Numer wnioskodawcy w rejestrze PFRON _____	
2. REGON² _____		3. NIP _____		4. PESEL _____	
5. PKD³ _____					
6. Imię i Nazwisko					
7. Województwo			8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy _____		10. Poczta		11. Ulica	
12. Nr domu		13. Nr lokalu			
14. Telefon⁴		15. Faks⁴		16. E-mail	
17. Identyfikator adresu wnioskodawcy⁵ _____					

A2. Adres do korespondencji <i>Należy wypełnić w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres wykazany w bloku A.1.</i>					
18. Kod pocztowy _____		19. Miejscowość		20. Ulica	
21. Nr domu		22. Nr lokalu			
23. Telefon⁴		24. Faks⁴		25. E-mail	

B. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy¹

Imię, nazwisko i PESEL osoby, której dotyczy refundacja	Stoień niepełnosprawności				Status osoby, której dotyczy refundacja	
	znaczny	umiarkowany	lekki	brak określonego stopnia	rolnik	domo wnik
26. _____	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>
33. _____	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
40. _____	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>
47. _____	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>
54. _____	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>
61. _____	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>
68. _____	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

75. Imię		76. Nazwisko	
77. Telefon⁴		78. Faks⁴	
79. E-mail			

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

80. Data wypełnienia formularza ____-____-____	81. Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
--	---

D. Uwagi

--

¹ Należy wypełnić pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

² Dotyczy tylko wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą.

³ Należy wpisać zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia ... (Dz. U. Nr ..., poz. ...) lub (o ile pracodawcy nie zmieniono klasyfikacji PKD) z dnia ... (Dz. U. Nr ..., po. ...). Podaje się w ujęciu alfanumerycznym 4 cyfry i jedna litera.

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.).