

 Białostocka Komunikacja Miejska	POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH LUB KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ Do celów wydania imiennego dokumentu uprawniającego opiekuna osoby z niepełnosprawnością do bezpłatnych przejazdów środkami Białostockiej Komunikacji Miejskiej		POzN	
			BKM-III.7243.16. _____.2026	
			INFOLINIA 85 869 69 69	
I. DANE UCZESTNIKA/ŚWIADCZENIOBIORCY¹				
Imię (imiona) i nazwisko				
ADRES ZAMIESZKANIA				
Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość			
II. ADRES PLACÓWKI – MIEJSCA ZAJĘĆ LUB ŚWIADCZENIA				
Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość			
III. RODZAJ ZAJĘĆ LUB ŚWIADCZENIA				
☐ przedszkole ☐ szkoła ☐ szkoła wyższa ☐ placówka opiekuńczo-wychowawcza ☐ placówka oświatowo-wychowawcza ☐ specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy ☐ specjalny ośrodek wychowawczy ☐ ośrodek rehabilitacyjno-wychowawczy ☐ dom pomocy społecznej ☐ ośrodek wsparcia ☐ zakład opieki zdrowotnej ☐ poradnia psychologiczno-pedagogiczna lub inna poradnia specjalistyczna ☐ turnus rehabilitacyjny ☐ ośrodek umożliwiający dzieciom i młodzieży spełnianie obowiązku szkolnego i obowiązku nauki				
IV. HARMONOGRAM ZAJĘĆ LUB ŚWIADCZEŃ				
Data rozpoczęcia		Data zakończenia		
Dzień tygodnia	Godzina rozpoczęcia		Godzina zakończenia	
Poniedziałek				
Wtorek				
Środa				
Czwartek				
Piątek				
Sobota				
Niedziela				
V. OŚWIADCZENIE PODMIOTU PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA LUB UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ				
Niniejszym potwierdzam, że osoba wskazana w części I formularza uczestniczy w zajęciach / korzysta ze świadczeń w naszej placówce zgodnie z harmonogramem określonym w części IV. Dane dotyczące uczestnictwa oraz harmonogramu są zgodne ze stanem faktycznym.				
Pieczeń podmiotu			Data i czytelny podpis osoby upoważnionej	

¹ Części I-IV wypełnia wnioskodawca. Część V wypełnia i potwierdza podmiot prowadzący zajęcia lub udzielający świadczeń.