

....., dnia

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
Chęci skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego

.....
Imię i nazwisko

PESEL

.....
Adres zamieszkania

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona (nazwa Poradni/ Oddziału wraz z krótkim opisem rodzaju świadczenia)

- przyjęcie do szpitala / oddział
- przyjęcie do poradni / poradnia.....
- przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię)
pracownia.....

2. Data realizacji usługi (dzień, godzina)

.....

3. Wybrany przez osobę uprawnioną sposób komunikacji (proszę wybrać stawiając X i uzupełnić właściwy)

- SMS (nr telefonu komórkowego).....
- e-mail.....
- fax.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 poz.1824).

.....