

Lębork, data

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... PESEL
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji (jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, nie wypełniać tego pola)

.....
E-mail

.....
Numer telefonu

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego. Niniejsze zgłoszenie dotyczy:*(wpisać właściwe, jak na skierowaniu)

.....
*przyjęcie do szpitala

*przyjęcie do poradni

*przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię diagnostyczną)

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Z 2011 r., Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....
Data i podpis