

**WNIOSEK
O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

WNIOSKODAWCA:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Nr tel.:

e-mail:

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O UDZIELENIE WSPARCIA PODCZAS MOJEJ WIZYTY
W SZPITALU, POLEGAJĄCEGO NA ZAPEWNIENIU POMOCY:**

(właściwie zaznaczyć X)



TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO,



OSOBY ZAPEWNAJĄCEJ WSPARCIE W ZAKRESIE:

(proszę opisać w jakim?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**OKREŚLONA PRZEZE MNIĘ POMOC BĘDZIE MI POTRZEBNA DO ZAŁATWIENIA
NASTĘPUJĄCEJ SPRAWY.....**

.....

W DNIU..... W GODZINACH OD..... DO.....

Wnioski o zapewnienie dostępności można składać:

W wersji elektronicznej: szpital@szpitalwsr.pl

W wersji papierowej na adres: Kościuszki 14, 44 -330 Jastrzębie-Zdrój

Osobiście: adres j/w

***termin realizacji wniosku: bez zbędnej zwłoki, nie dłużej jednak niż 14 dni lub 60 dni licząc od dnia złożenia wniosku, jeżeli zapewnienie dostępności nie jest możliwe w czasie 14 dni**

Jednostka ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego

