Imię i nazwisko pacjenta

……………………………………………………………………

PESEL:

……………………………………………………………………

........................, dnia...................

**Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"**

**Al. Dzieci Polskich 20
04-730 Warszawa**

**FORMULARZ**

**Zgłoszenie chęci skorzystania z usługi tłumacza języka migowego podczas wizyty w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego online/na żywo**

1.Cel wizyty (nazwa Kliniki/Oddziału/ Poradni/ Pracowni oraz krótki opis rodzaju świadczenia) ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Data realizacji usługi ( dzień, godzina) ………………………………………………………………................................

\*nie wcześniej niż 3 dni roboczych od dnia wpływu wniosku (sugerowane 5 dni roboczych)

3. Wybrany sposób komunikowania się z osobą zgłaszającą

e-mail ………………………………………………………………………………...........................................

listownie.........................................................................................................................

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

telefonicznie (nr telefonu do osoby przybranej) ...........................................................

Jednocześnie oświadczam, iż 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 )

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

(data i czytelny podpis)