

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)