

Poddębice, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(Adres)

.....  
(nr tel. osoby upoważnionej do kontaktu)

**„Poddębickie Centrum Zdrowia” Sp. z o. o.  
99 – 200 Poddębice  
ul. Mickiewicza 16**

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA  
Z USŁUGI TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN**

1. Na podstawie art. 11 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Z 2011 r., Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usługi tłumacza:\*

Polskiego języka migowego (PMJ)  
Systemu językowo – migowego (SJM)  
Sposobu komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina) .....

3. Cel wizyty w „Poddębickim Centrum Zdrowia” Sp. z o. o. w Poddębicach (komórka organizacyjna i/lub rodzaj sprawy) .....

4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności\*

.....  
(Podpis)

**Uwagi:**

\* **zakreślić właściwe**