

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**