WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Podczas wizyty w Przychodni będę potrzebował/a wsparcia polegającego na zapewnieniu:
(zaznacz właściwe)

- ☐ Pętli indukcyjnej
- ☐ Pomocy przy przesiadaniu się na powierzchnie o różnej wysokości
- ☐ Obsługi w miejscu o niskim natężeniu hałasu
- ☐ Inne *(proszę opisać jakie?)*

.....

.....

.....

Pomoc będzie mi potrzebna w dniu ..... w godz. od ..... do .....

Dane kontaktowe:

.....
Imię i nazwisko

.....
Telefon kontaktowy

.....
Adres poczty elektronicznej

Wypełniony wniosek można złożyć w placówce, przesłać pocztą lub elektronicznie na adres:
sekretariat@spzoz-czluchow.pl