

Nisko ,data

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu komórkowego - kontakt SMS

.....
adres e-mail

**DYREKTOR
SPZZOZ w NISKU**

WNIOSEK

O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

na podstawie art 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2011 r. nr 209, poz. 1243)

1. Termin udzielenia świadczenia:

2. Wybrana metoda komunikowania się:

- polski język migowy (PJM)

- systemowy język migowy (SJM)

3. Rodzaj

świadczenia:

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

.....
podpis wnioskodawcy