Załącznik nr 3 do PP-18

Miejscowość, data………………………………..

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**ŚWIADCZENIA USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

……………………………………………………………………………………………………………

(Imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

……………………………………………………………………………………………………………Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………………..c.d. adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………………… Adres do korespondencji

(jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, nie wypełniać tego pola)

………………………………………………………… ………………………………………………………………….

E-mail Numer telefonu

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka** **migowego.**

**Niniejsze zgłoszenie dotyczy:\*(wpisać właściwe, jak na skierowaniu)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

\* *przyjęcie do szpitala;*

*\* przyjęcie do poradni;*

*\* przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię diagnostyczną).*