Miejscowość:

Data:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

Sprawa, którą chce Pan lub Pani załatwić:

**Wniosek**

**o możliwość komunikacji w innej formie z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Szamotułach przez osoby ze szczególnymi potrzebami**

Wnoszę o zapewnienie możliwości komunikowania się z pracownikiem SPZOZ w Szamotułach we wskazanej formie[[1]](#footnote-1):

Podpis:

Data:

1. W przypadku braku możliwości zapewnienia komunikacji wskazanej we wniosku, zaproponujemy alternatywny sposób komunikacji. [↑](#footnote-ref-1)