

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 formie¹:

Podpis:

Data:

¹ W przypadku braku możliwości zapewnienia komunikacji wskazanej we wniosku, proponujemy alternatywny sposób komunikacji.