
Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

numer telefonu komórkowego — kontakt SMS

adres e-mail

KOMENDANT
107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ
w Wałczu
ul. Kołobrzeska 44

WNIOSEK

O ZAPEWNIENIE TŁUMACZENIA JĘZYKA MIGOWEGO

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

1. Termin udzielenia świadczenia:

2. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się:

polski język migowy (PJM)

systemowy język migowy (SJM)

sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

3. Termin udzielenia świadczenia:

4. Rodzaj świadczenia:

/podpis/