

Wzór wniosku o zapewnienie dostępności architektonicznej oraz informacyjno- komunikacyjnej

Miejscowość....., dnia

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....

(adres wnioskodawcy)

Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. im. św. Jana Pawła II

ul. Jana Pawła 2

57-320 Polanica Zdrój

Wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej (podkreśl właściwe)

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami jako (zaznacz jedną z poniższych możliwości) :

- osoba za szczególnymi potrzebami
- przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

wnoszę o zapewnienie dostępności

Bariera utrudniająca lub uniemożliwiająca dostępność to: napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z usług/świadczeń medycznych szpitala

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

Proszę o zapewnienie dostępności poprzez: możesz wskazać określony sposób zapewnienia dostępności przez Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A.:

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

W sprawie wniosku można się ze mną kontaktować:

(wypełnij wybraną przez siebie opcję)

- listownie, na adres: wskaż adres
- mailowo, na adres: wskaż adres
- telefonicznie na numer: wskaż numer
- inna forma: wskaż jaka

Podpis wnioskodawcy