

.....
(nazwisko i imię)

Miejscowość, dnia

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres e-mail)

KOMENDANT
1. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ
Al. Raławickie 23
20-049 Lublin

WNIOSEK O BEZPŁATNE ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie wsparcia tłumacza języka migowego podczas mojej wizyty w 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie.

Metoda komunikowania się: *

- polski język migowy (PJM)
- system językowo-migowy (SJM)
- sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

Proponowany termin uzyskania świadczenia:

Nazwa oddziału/poradni specjalistycznej:

Lekarz prowadzący/ konsultujący

.....
podpis osoby składającej wniosek

* właściwe podkreślić