………….………………., dnia ………….………

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres do korespondencji  
(proszę wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.**

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona (nazwa poradni / oddziału z opisem rodzaju świadczenia):

◻ przyjęcie do szpitala / oddział ……………………………………………………………………………………..………….

◻ przyjęcie do poradni / poradnia………………………………………………………………………………….……..…….

◻ przyjęcie do pracowni diagnostycznej - proszę wskazać pracownię: ………………………………….……….  
 ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

2. Data realizacji usługi (dzień, godzina)…………………………………………………………………………………………

3. Wybrany przez osobę uprawnioną sposób komunikacji (proszę wybrać stawiając **X** i wpisać dane):

◻ SMS (nr telefonu komórkowego)…………………………………………………………………………………..…………

◻ e-mail……………………………………………………………………………………………………………………………………

◻ fax………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oświadczam, że jestem osoba uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 poz.1824).

………..………………………………………

Czytelny podpis osoby uprawnionej