



## WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ LUB INFORMACYJNO - KOMUNIKACYJNEJ

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni dostęp alternatywny w terminie 14 dni od otrzymania zgłoszenia.

Poznań, dnia .....

### DANE WNIOSKODAWCY

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

### ZAKRES WNIOSKU

1. Jako barierę w dostępności wskazuję:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:



## WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ LUB INFORMACYJNO - KOMUNIKACYJNEJ

4. Proszę o zapewnienie dostępności w dniu:

5. Zaznacz. Wizyta odbędzie się w:

Szpitalu

Poradni

## OŚWIADCZENIE

Zaznacz Twój status.

Osoba ze szczególnymi potrzebami

Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

## SPOSÓB KONTAKTU

Zaznacz.

Listownie na adres wskazany we wniosku

Elektronicznie, poprzez konto ePUAP

Elektronicznie, na adres email

Inny, napisz jaki:

.....

Podpis