



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIŃSKU MAZOWIECKIM**

25 506 51 00
spzozmm@spzozmm.pl
www.spzozmm.pl
ul. Szpitalna 37
05-300 Mińsk Mazowiecki

_____, dnia ____ - ____ - ____ r.

Dane osoby zgłaszającej

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wybierz formę kontaktu ☐ kontakt telefoniczny ☐ kontakt elektroniczny (e-mail)

Tel. kontaktowy lub adres e-mail:

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Uprzejmie proszę o możliwość bezpłatnego skorzystania z usługi tłumacza języka migowego

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim w sprawie:

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

Proponowany termin realizacji usługi (data i godzina):

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243 z późn. zm.) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).



Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w zgłoszeniu danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Dane wpisane w zgłoszeniu będą przetwarzane w celu udzielenia odpowiedzi na przesłane zgłoszenie.

.....

Podpis osoby zgłaszającej



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Mińsku Mazowieckim**

NIP: 8221841618

REGON: 712351100

KRS: 0000114964

Nr konta: 61 9226 0005 0010 0100 2000 0070