

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
numer telefonu komórkowego – kontakt SMS

\_\_\_\_\_  
adres e-mail

**DYREKTOR**

107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ  
w Wałczu  
ul. Kołobrzaska 44

**WNIOSEK**

**O ZAPEWNIENIE TŁUMACZENIA JĘZYKA MIGOWEGO**

*na podstawie art 12 ust 1 i 2 z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych  
środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011r. nr 209 poz 1243)*

1. Termin udzielenie świadczenia:

2. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się: \_\_\_\_\_

- polski język migowy (PJM);
- systemowy język migowy (SJM)
- sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

3. Rodzaj świadczenia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
/podpis/