

Miejscowość, data .....

**Do:**

**Dyrekcji Szpitala Specjalistycznego  
im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**skorzystania z usługi tłumacza języka migowego**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

.....  
.....

Adres do korespondencji

*(wypełnić jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)*

.....  
.....

E-mail .....Numer telefonu.....

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

**Niniejsze zgłoszenie dotyczy (wpisać właściwe, jak na skierowaniu) \***

.....  
.....

*\* przyjęcie do szpitala*

*\* przyjęcie do poradni*

*\* przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię diagnostyczną)*