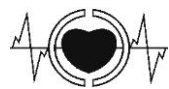


Wniosek o zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami



WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI

Adm - 443

Wydanie: 01

Ważne od: 15.05.2023

....., dnia.....

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy/
Przedstawiciela Ustawowego

.....
adres do korespondencji

.....

Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli
ul. Chałubińskiego 7
67-100 Nowa Sól

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami jako:

- osoba ze szczególnymi potrzebami,
- przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami/opiekun faktyczny

.....
(proszę podać imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

składam wniosek o zapewnienie dostępności w zakresie:

- dostępności architektonicznej,
- dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w budynkach Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Nowej Soli w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

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

Wniosek o zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami



WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI

Adm - 443

Wydanie: 01

Ważne od: 15.05.2023

Wskazanie interesu faktycznego (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w Wielospecjalistycznym Szpitalu SPZOZ w Nowej Soli):

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

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy:

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

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek:

1. Kontakt telefoniczny
2. Korespondencja pocztowa (adres)
3. Korespondencja elektroniczna (e-mail)
4. Odbiór osobisty

.....
(podpis wnioskodawcy)