**Wniosek o zapewnienie dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami w placówce:**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

"VITAMED" Sp. z o.o.

ul. Andersa 22

44-370 Pszów

**Instrukcja wypełniania**

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Przychodnia ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni inną formę dostępu.

**Podmiot:**

Nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

"VITAMED" Sp. z o.o.

Ulica, numer domu i lokalu: ul. Andersa 22,

Kod pocztowy: 44-370

Miejscowość: Pszów

**Dane wnioskodawcy (Twoje dane):**

Imię\* ……………………………………………..………………………..

Nazwisko\* ……………………………………………….………………..

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Wypełnij pola obowiązkowe zaznaczone \*.
3. We wniosku podaj adres do korespondencji w tej sprawie.
4. Potrzebujesz wsparcia? Zapytaj pracownika przy punkcie Rejestracji.

**Dane wnioskodawcy (tu spisz swoje dane adresowe)**

Ulica:

 numer domu i lokalu:

 Kod pocztowy:

 Miejscowość:

Numer telefonu:

 Adres e-mail jeśli posiadasz:

**Zakres wniosku:**

**1. Jaką barierę w dostępności wskazuję:\***

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z usług Przychodni.

Możesz wskazać konkretną barierę. Jeżeli w polu jest zbyt mało miejsca, dodaj opis jako załącznik wniosku.

**2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:**

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez podmiot dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

**3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:**

Wypełnij, jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność w określony sposób.

**Oświadczenie**

Zaznacz Twój status.
Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status**.**

* Osoba ze szczególnymi potrzebami
* Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

**Sposób kontaktu**

Wybierz sposób kontaktu:

* Listownie na adres wskazany we wniosku
* Osobiście przy punkcie Rejestracji
* Elektronicznie, na adres email
* Inny, napisz jaki:

**Załączniki**

Napisz, ile dokumentów załączasz.

Liczba dokumentów:

**Data Twój podpis**