

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Do Dyrektora
Centrum Medycznego
im. Bitwy Warszawskiej 1920 r.
w Radzyminie – SPZ ZOZ

Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

.....

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.

Niniejsze zgłoszenie dotyczy: *(wpisać nazwę poradni/pracowni)

** przyjęcie do szpitala,*

** przyjęcie do poradni specjalistycznej,*

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

** przyjęcie do poradni podstawowej opieki zdrowotnej – proszę wskazać dodatkowo lokalizację: POZ CM Radzymin, Filia w Woli Rasztowskiej, Filia w Dąbrowce,*