# Zgłoszenie dotyczące skorzystania z usługi tłumacza polskiego języka migowego

# w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

## Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………….…….………………..

## Zgłaszam potrzebę skorzystania z usług tłumacza polskiego języka migowego w terminie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..

## Sprawa dotyczy: …………………………………………………………..……………………………………………………....…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..…..….….………………………

……………………………………………………………………..…………………………………………………………..……..…………………………

## Proszę o przekazanie informacji z potwierdzeniem terminu poprzez kontakt (wybierz z poniższej listy i uzupełnij dane):

[ ]  elektroniczny, e-mail: ……………………….……………………………………..………………………………………….

[ ]  telefoniczny, nr telefonu: …………………………………………………………………………..………………………..

[ ]  listowny, adres: …………………………………………………………………………………………………………………….