

**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: .....