

**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:
.....
.....