……………..………………………………………. Data …………………...........

 Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………………………….

 Ulica i nr domu

…………………………………………………….

 Kod pocztowy, miejscowość

…………………………………………………….

 Numer telefonu lub e-mail

**PRZYCHODNIA RODZINNA RASZÓWKA**

**UL.KIELECKA 77**

**26-080 MNIÓW**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Jestem:

[ ]  osobą ze szczególnymi potrzebami

[ ]  opiekunem osoby ze szczególnymi potrzebami

 …………………………………………………………………..……….

 imię i nazwisko opiekunka

Wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:

[ ]  dostępności budynku lub parkingu

[ ]  dostępności w komunikacji lub uzyskania informacji

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w Przychodni Rodzinnej Raszówka (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

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

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

Proszę krótko opisać jaką sprawę wnioskodawca chce załatwić w Przychodni

………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………..………Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności:

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

Proszę wybrać preferowaną formę kontaktu:

1. Telefon [ ]
2. Poczta tradycyjna [ ]
3. E-mail [ ]
4. Odbiór osobisty[ ]  …………………………………………………………………………………………

 Imię i nazwisko osoby, która składa wniosek