DATA Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

Imię i nazwisko Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Ulica i nr domu Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kod pocztowy i miejscowość Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Numer telefonu lub e-mail Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**PRZYCHODNIA RODZINNA RASZÓWKA**

**UL. KIELECKA 77**

**26 080 MNIÓW**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Jestem (wybierz odpowiedź):

* osobą ze szczególnymi potrzebami
* opiekunem osoby ze szczególnymi potrzebami

imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami jeżeli wnioskujesz jako opiekun

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:

* dostępności budynku lub parkingu
* dostępności w komunikacji lub informacji

Opisz barierę i w jakim miejscu się znajduje

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Opisz krótko jaką sprawę chcesz załatwić w Przychodni

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Wskaż w jaki sposób mamy zapewnić dostępność

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Wybierz formę kontaktu:

* Telefon
* Poczta
* E-mail
* Odbiór osobisty

Imię i nazwisko osoby, która składa wniosek

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.