……………..………………………………………. 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