

Zgłoszenie dotyczące skorzystania z usługi tłumacza języka migowego w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju

1. Imię i nazwisko:

2. Zgłaszam potrzebę skorzystania z usług tłumacza (wybierz z poniższej listy):

☐PJM (polski język migowy)

☐SJM (system językowo-migowy)

☐SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)

3. W terminie:

4. Sprawa dotyczy:

5. Proszę o przekazanie informacji z potwierdzeniem spotkania poprzez kontakt (wybierz z poniższej listy i uzupełnij dane):

☐elektroniczny, e-mail:

☐telefoniczny, nr telefonu:

☐listowny, adres: