

.....
(nazwisko i imię)

.....
(PESEL)

ZGŁOSZENIE

.....
(adres zamieszkania)

.....
(email, nr telefonu)

**Dyrektor
Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla
Pracowników Wojska SPZOZ
w Warszawie
ul. Nowowiejska 31
00-911 Warszawa**

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

Wskazuję wybraną metodę komunikacji

.....

Niniejsze zgłoszenie dotyczy:

.....

Nazwa Placówki/ poradni

Lekarz konsultujący

Tel. kontaktowy do Placówki/ poradni

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu niepełnosprawnych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis)

Oświadczenie wykonania usługi przez tłumacza (wymiar czasowy usługi)

.....

.....
(data i podpis)

Potwierdzenie wykonania: Pielęgniarka Koordynująca/Kierownik jednostki/komórki organizacyjnej

.....

.....
(data i podpis)