

.....  
miejsowość i data

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Cieszynie  
ul. Bielska 4  
43-400 Cieszyn**

Imię i nazwisko: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

.....  
.....

Adres e-mail:

.....

Numer telefonu:

.....

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego

w dniu.....o godzinie: .....

Niniejsze zgłoszenie dotyczy: (wpisać nazwę poradni/pracowni/oddziału itp.)

.....  
.....  
.....