Centrum Onkologii Bydgoszcz, dnia………………..

im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

ul. Dr I. Romanowskiej 2,

85-796 Bydgoszcz

Tel.: 52 374 30 00

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Nr historii choroby:………………………………………

Pacjent:………………………………………. PESEL:………………….. Data urodzenia:……….……………......

Nazwisko i imię pacjenta RRRR/MM/DD

Adres:……………………………………………………………………... Telefon:………………………………….

ulica, nr: kod pocztowy, miejscowość

Adres e-mail:……………………………………………………………….

Wskazuję następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej w Centrum Onkologii im. prof..   
F Łukaszczyka w Bydgoszczy:

……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie wskazuję, że preferowany przez mnie sposób zapewnienia dostępności powinien polegać na:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………

Proszę zaznaczyć oczekiwany sposób doręczenia odpowiedzi na wniosek:

Wysłać poczta tradycyjną…………………………………………………………………………………….

Wysłać na adres e-mail……………………………………………………………………………………….

Odbiór osobisty………………………………………………………………………………………………

………………………………………

Data i podpis wnioskodawcy