



Centrum Onkologii
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. Dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz
Tel.: 52 374 30 00

Bydgoszcz, dnia.....

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 pocztą tradycyjną.....

Wysłać na adres e-mail.....

Odbiór osobisty.....

.....
Data i podpis wnioskodawcy