



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

Bydgoszcz, dnia .....

## ZGŁOSZENIE ZAPOTRZEBOWANIA NA SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZENIA USŁUG TLUMACZA PJM, SJM I SKOGN

Nr historii choroby: .....

Płeć: .....

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

Nazwisko i imię pacjenta

RRRR/MM/DD

ADRES: ..... Telefon: .....

ulica, nr:

kod pocztowy, miejscowość

Adres e-mail : .....

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług PJM, SJM i SKOGN.

Wskazuję wybraną metodę komunikacji : .....

Niniejsze zgłoszenie dotyczy : .....

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....  
Data i podpis pacjenta

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Data i podpis pacjenta