Załącznik nr 1

do procedury 1003 I

****

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Instrukcja wypełniania:

* Wniosek służy złożeniu żądania zapewnienia dostępności w Szpitalu Chorób Płuc im.Św.Józefa w Pilchowicach
* Wniosek wypełnij WIELKIMI LITERAMI, wyraźnym pismem.
* Podaj sposób korespondencji w tej sprawie, abyśmy mogli skontaktować się zwrotnie
* Jeżeli potrzebujesz wsparcia zadzwoń do naszego koordynatora ds. dostępności

(32) 33 19 927 lub 535 628 563

1. **DANE KONTAKTOWE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK** (wpisz dane poniżej)

**IMIĘ…………………………………………………………………………………………….**

**NAZWISKO …………………………………………………………………………………...**

**ULICA, NUMER DOMU I LOKALU……………………………………………………….**

**KOD POCZTOWY……………………………………………………………………………**

**MIEJSCOWOŚĆ……………………………………………………………………………..**

**PAŃSTWO ……………………………………………………………………………………**

**NUMER TELEFONU………………………………………………………………………...**

**ADRES E-MAIL………………………………………………………………………………**

1. **JAKO BARIERĘ UTRUDNIAJĄCĄ LUB UNIEMOŻLIWIAJĄCĄ DOSTĘPNOŚĆ WSKAZUJĘ:** ( napisz co i dlaczego sprawia ci trudności w skorzystaniu ze świadczeń w Szpitalu Chorób Płuc im.Św. Józefa w Pilchowicach? Możesz wskazać kilka barier.)

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **PROSZĘ O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI POPRZEZ:** (wpisz w jaki sposób możemy zapewnić dostępność, aby ułatwić korzystanie z świadczeń)

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **SPOSÓB KONTAKTU:** (wpisz w jaki sposób chcesz, żebyśmy się skontaktowali zwrotnie w sprawie odpowiedzi na ten wniosek)
* **LISTOWNIE NA ADRES WSKAZANY WE WNIOSKU**
* **ELEKTRONICZNIE POPRZEZ E-PUAP:**

**…………………………………………………………………………………**

* **ELEKTRONICZNIE POPRZEZ E-MAIL WSKAZANY WE WNIOSKU**
* **INNY, NAPISZ JAKI:**

**………………………………………………………………………………….**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Chorób Płuc im.Św.Józefa w Pilchowicach, ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym, dostępne są pod adresem: https://szpital-pilchowice.pl/ochrona-danych-osobowych