

ZGŁOSZENIE

.....
(nazwisko i imię)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(email, nr telefonu)

KOMENDANT
10 Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ
ul. Powstańców Warszawy 5
85-681 Bydgoszcz

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

Wskazuję wybraną metodę komunikacji

.....

Niniejsze zgłoszenie dotyczy:

.....

Nazwa oddziału/ poradni

Lekarz prowadzący/ konsultujący

Tel. kontaktowy do oddziału/ poradni

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu niepełnosprawnych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis)

Oświadczenie wykonania usługi przez tłumacza (wymiar czasowy usługi)

.....

.....
(data i podpis)

Potwierdzenie wykonania umowy

.....
(data i podpis)