

Wzór zgłoszenia

Miejscowość , data

.....
Nazwisko i Imię

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji i adres e-mail

.....
Nr telefonu

Do Prezesa*
Narodowego Funduszu Zdrowia

Do Dyrektora*

.....
Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN*

Wskazuję wybraną metodę komunikacji

Niniejsze zgłoszenie dotyczy:

.....
*właściwe podkreślić

.....
.....
.....
.....
.....

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 573).

.....
Data i podpis

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis

Adnotacje: