

## 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 (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....  
*Data i podpis*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
*Data i podpis*

Adnotacje: