

**WNIOSEK do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju**  
**O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

**WNOSKODAWCA:**

Imię i Nazwisko: .....

Adres: .....

Nr tel.: .....

e-mail: .....

**OKREŚLENIE BARIERY UTRUDNIAJĄCEJ/UNIEMOŻLIWIAJĄCEJ W ZAKRESIE ARCHITEKTONICZNYM LUB INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYM**

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

**Wnioski o zapewnienie dostępności można składać:**

W wersji elektronicznej: [szpital@wss2.pl](mailto:szpital@wss2.pl) lub [metorg1@wss2.pl](mailto:metorg1@wss2.pl)

W wersji papierowej na adres: Aleja Jana Pawła II 7, 44 -330 Jastrzębie-Zdrój

Osobiście: adres j/w

**\*termin realizacji wniosku: bez zbędnej zwłoki, nie dłużej jednak niż 14 dni lub 60 dni licząc od dnia złożenia wniosku, jeżeli zapewnienie dostępności nie jest możliwe w czasie 14 dni**