



**WOJEWÓDZKI  
SZPITAL**  
SPECJALISTYCZNY NR 2  
W JASTRZĘBIU-ZDROJU

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2  
w Jastrzębiu - Zdroju,  
Al. Jana Pawła II 7, 44 - 330 Jastrzębie – Zdrój  
tel. 32 47 84 200, fax. 32 47 84 506,  
e-mail: szpital@wss2.pl  
www.wss2.pl

**WNIOSEK  
O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

**WNIOSKODAWCA:**

Imię i Nazwisko: .....

Adres: .....

Nr tel.: .....

e-mail: .....

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O UDZIELENIE WSPARCIA PODCZAS MOJEJ WIZYTY  
W SZPITALU, POLEGAJĄCEGO NA ZAPEWNIENIU POMOCY:**

(właściwie zaznaczyć X)



**TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO,**



**OSOBY ZAPEWNAJĄCEJ WSPARCIE W ZAKRESIE:**

(proszę opisać w jakim?)

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

**OKREŚLONA PRZEZE MNIĘ POMOC BĘDZIE MI POTRZEBNA DO ZAŁATWIENIA  
NASTĘPUJĄCEJ SPRAWY.....**

.....

**W DNIU..... W GODZINACH OD..... DO.....**

**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**

Jednostka ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego

