



Wniosek o zapewnienie dostępności (w polu wyboru wstaw znak X):

architektonicznej



informacyjno-komunikacyjnej



Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni dostęp alternatywny.

Wypełnij wyraźnym pismem.
Pola wyboru zaznacz znakiem X.
We wniosku podaj swój adres do korespondencji w tej sprawie.
Potrzebujesz wsparcia? Zadzwoń na nr tel. **41 273 99 05 lub 41 273 98 20**

Podmiot objęty wnioskiem



Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Batalionów Chłopskich 6
27-200 Starachowice

Miejsce w którym istnieje bariera (np. nazwa poradni, nazwa oddziału, rejestracja).

Dane wnioskodawcy (osoby wypełniającej)

Wpisz dane w polach poniżej

Imię

Nazwisko

Ulica, numer domu i lokalu

Kod pocztowy	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>
Państwo	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>

Oświadczenie

W polu wyboru obok Twojego statusu wstaw znak X.

Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status

Wybór Mój status

<input type="checkbox"/>	Osoba ze szczególnymi potrzebami (np. z niepełnosprawnością, osoba starsza, kobieta w ciąży, osoba z małym dzieckiem tzn. osoba, która musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery).
--------------------------	---



<input type="checkbox"/>	Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami.
--------------------------	---



Sposób kontaktu

Wstaw znak X w polu wyboru, aby wskazać jak mamy się z Tobą kontaktować w sprawie wniosku.

wybór sposób kontaktu

<input type="checkbox"/>	Listownie na adres wskazany we wniosku,
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Elektronicznie na adres email,
--------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/>	Inny napisz jaki:
--------------------------	-------------------

Zakres wniosku

Jako barierę w dostępności wskazuję:

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z usług Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach.

Jeżeli w polu jest zbyt mało miejsca możesz dodać opis jako załącznik do wniosku.

Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:

Wypełnij jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność w określony sposób:

Załączniki (napisz ile dokumentów załączasz)

Liczba dokumentów:

Data i podpis

Data

Podpis

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE L119 z 4.05.2016) informuję, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Batalionów Chłopskich 6. Szczegóły obowiązku informacyjnego są dostępne na stronie www.szpital.starachowice.pl