

Suwałki.....

## WNIOSEK

.....  
imię i nazwisko

.....  
nr telefonu komórkowego

.....  
adres poczty elektronicznej

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia podczas mojej wizyty w SP ZOZ  
Ośrodku Rehabilitacji w Suwałkach, polegającego na zapewnieniu pomocy:  
(właściwe zaznaczyć „X”)

- tłumacza języka migowego
- osoby zapewniającej wsparcie w zakresie: (proszę opisać w jakim?)

.....  
.....  
Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna do załatwienia następującej sprawy  
(krótki opis sprawy)

.....  
.....  
w dniu ..... w godzinach: od:.....do:.....  
.....

data i podpis

