Załącznik do zarządzenia Nr 18/2012/DSS

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2012 r.

**Wzór zgłoszenia**

Miejscowość , data ………………………………………..

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

Nazwisko i Imię

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

 PESEL

…………………………………………………………….

…….………………………………………………………

 Adres zamieszkania

………….…………………………………………………

……………….……………………………………………

……………………..………………………………………

Adres do korespondencji i adres e-mail

…………………………………………………………….

 Nr telefonu

 **Do Prezesa[[1]](#footnote-1)\***

 **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: ………………………………………………………………………………… ………………..…………………………………………….………………………………………………………….……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy zdnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu [ustawy](http://lex.cen.nfz.gov.pl/lex/index.rpc#hiperlinkText.rpc?hiperlink=type=tresc:nro=Powszechny.936675&full=1) 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:

1. \*właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)