

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres korespondencyjny

.....
telefon kontaktowy / email

**Podmiot Leczniczy
MEDICUS Sp. J.
ul. Dworcowa 22
34-300 Żywiec**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), jako *(proszę podkreślić właściwe)*:

- **osoba ze szczególnymi potrzebami**
(osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami),
- **przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami** – w imieniu osoby ze szczególnymi potrzebami. Proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....
wnoszę do podmiotu medycznego: **MEDICUS Sp. J.** o zapewnienie dostępności w zakresie *(proszę podkreślić właściwe)*:

- dostępności architektonicznej,
- dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

1. Proszę wskazać barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą korzystanie ze świadczenia medycznego **MEDICUS Sp. J.**

Proszę opisać co jest barierą w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym:

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

2. Proszę o wskazanie rodzaju świadczenia/sprawy, którą Wnioskodawca chce uzyskać:

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

3. Proszę o wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeśli dotyczy:

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

4. Proszę zaznaczyć preferowany sposób odpowiedzi na wniosek i upewnić się, że w danych teleadresowych są informacje dotyczące preferowanego typu kontaktu
(proszę podkreślić właściwe):

- telefoniczny
- mailowy
- korespondencja pocztowa (list)
- odbiór osobisty odpowiedzi