

.....
Pieczęć komórki organizacyjnej

**Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
WSSz. im dr Wł. Biegańskiego w Łodzi**

**ZGŁOSZENIE POTRZEBY SKORZYSTANIA Z USŁUGI
TŁUMACZA JĘZYKA OBCEGO lub MIGOWEGO***

Uprzejmie proszę o pomoc tłumacza języka obcego/ migowego* dla
Pacjenta Nr PESEL celem przekazania niezbędnych informacji
o stanie zdrowia.

Uwagi dodatkowe:.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis Ordynatora/Kierownika
lub osoby upoważnionej)

Akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
lub upoważnionej osoby

.....

*niepotrzebne skreślić