

Bochnia,.....

**Formularz zgłoszeniowy dotyczący chęci skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bochni
„Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej**

Dane osobowe Pacjenta:

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Adres:

Kontakt:

Miejsce zaplanowanej usługi (badanie/wizyta/hospitalizacja):

.....
.....

Data zaplanowanego badania/wizyty/hospitalizacji:

.....