

Miejscowość, data .....

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Do Prezesa Zarządu  
Szpitala Dziecięcego Polanki im. Macieja Płażyńskiego  
w Gdańsku sp. z o. o.

.....  
Imię i nazwisko

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PESEL

.....  
Adres zamieszkania

.....  
c.d. adres zamieszkania

.....  
Adres do korespondencji  
(jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, nie wypełniać tego pola)

.....  
E-mail

.....  
Numer telefonu

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.**

**Niniejsze zgłoszenie dotyczy:\*(wpisać właściwe, jak na skierowaniu)**

.....  
.....

\* przyjęcie do szpitala

\* przyjęcie do poradni

\* przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię diagnostyczną)