

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Obowiązuje od: 03-08-2026

Miejscowość:

Data:

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Adresat wniosku:

Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o.

WNIOSEK

o zapewnienie dostępności architektonicznej / cyfrowej / informacyjno-komunikacyjnej

Na podstawie art. 29 i art. 30 Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, wnoszę o zapewnienie dostępności w następującym zakresie:

1. Rodzaj dostępności (proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem X):

* ☐ Architektoniczna (np. brak podjazdu, windy, barierki)

* ☐ Cyfrowa (np. niedostępna strona internetowa, aplikacja, plik PDF)

* ☐ Informacyjno-komunikacyjna (np. brak tłumacza języka migowego, pętli indukcyjnej)

2. Opis barier (wskazanie, co utrudnia lub uniemożliwia dostęp):

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

3. Sposób zapewnienia dostępności (wskazanie preferowanej formy kontaktu lub wsparcia):

.....
.....

4. Informacja o interesie faktycznym (krótkie uzasadnienie, dlaczego wnioskodawca potrzebuje dostępu, np. konieczność załatwienia sprawy urzędowej X):

.....
.....

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Obowiązuje od: 03-08-2026

5. Preferowana forma odpowiedzi (proszę zaznaczyć):

* ☐ Listownie na adres zamieszkania

* ☐ Elektronicznie na adres e-mail

.....
(podpis wnioskodawcy)

*Zaznacz prawidłowe