# Wniosek o zapewnienie dostępności

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko Wnioskującego | Wpis imię i Nazwisko | Miejscowość | Wpisz nazwę miejscowości |
| Imię i Nazwisko przedstawiciela Ustawowego | Jeśli dotyczy | Data | Wpisz datę |

|  |  |
| --- | --- |
| Czego dotyczy sprawa | Napisz cel faktyczny (wskaż interes faktyczny) |
| Wskaż której placówki dotyczy wniosek | * [Aleksandrowska 61/63](https://szpitale.lodzkie.pl/womp/pl/c/aleksandrowska.html), Łódź * [Piłsudskiego 133b](https://szpitale.lodzkie.pl/womp/pl/c/pilsudzkiego.html), Łódź * [Tymienieckiego 18](https://szpitale.lodzkie.pl/womp/pl/c/tymienieckiego-18.html), Łódź * [Gdańska 117a](https://szpitale.lodzkie.pl/womp/pl/c/gdanska.html), Łódź |
| Dane kontaktowe | Wpisz poniżej wymagane dane dotyczące adresu zamieszkania |
| Ulica. |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto/Gmina |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres emial. |  |

Opowiedz na pytania

### Wskaż barierę/y utrudniającej lub uniemożliwiającej dostępność w zakresie architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym w jednostce (ośrodku)

Wprowadź odpowiedź na pierwsze pytanie

### Wskaż preferowaną przez Ciebie formę kontaktu z jednostką (ośrodku)

Wprowadź odpowiedź na drugie pytanie

### Wskaż preferowany sposób zapewnienia Ci dostępności w odniesieniu to przedmiotu wniosku

Wprowadź odpowiedź na trzecie pytanie

### Podpis Wnioskodawcy