

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejsowość i data

.....

.....

.....
adres zamieszkania wnioskodawcy

**Kujawsko-Pomorski
Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
w Bydgoszczy**

Wniosek o zapewnienie dostępności

Na podstawie § 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1062 ze zm.) będąc:

osobą ze szczególnymi potrzebami / przedstawicielem ustawowym osoby ze szczególnymi potrzebami *

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:

architektonicznym / informacyjno-komunikacyjnym *

Ze względu na

.....
.....

opis szczególnych potrzeb

wskazuję barierę w postaci:

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

opis bariery architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej
utrudniającej lub uniemożliwiającej dostępność

Proszę kontaktować się ze mną w następujący sposób:

- listowny, na adres
- mailowy, na adres
- telefoniczny, na numer telefonu
- elektroniczny, na adres skrytki ePUAP

Jednocześnie wskazuję preferowany sposób zapewnienia dostępności (jeżeli dotyczy):

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

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis wnioskodawcy