**Wniosek o udostępnienie usługi**

# Kujawsko-Pomorski

# Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

# w Bydgoszczy

1. Dane wnioskodawcy:
2. imię: ……………………………………………..
3. nazwisko: ………………………………………
4. ulica: ……………………………………………..
5. kod pocztowy: ……………………………….
6. miejscowość: …………………………………
7. Sposób komunikowania się (wybierz i podaj dane):
8. adres poczty elektronicznej: ……………………………………………………………
9. numer telefonu (sms, mms): ……………………………………………………………
10. numer faksu: …………………………………………………………………………………...
11. nr telefonu do osoby przybranej: …………………………………………………….

1. ePUAP: …………………………………………………………………………………………….
2. Metoda komunikacji (podkreśl właściwe):
3. osoba przybrana
4. tłumacz (zaznaczyć właściwe):
* polskiego języka migowego (PJM)
* systemu językowo-migowego (SJM)
* sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)
1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

(opisz sprawę, jaką chce Pani/Pan załatwić w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Bydgoszczy)

1. Proszę o przekazanie wymaganych dokumentów i/lub sposobu załatwienia sprawy (podkreśl właściwe):
	1. w polskim języku migowym (PJM),
	2. w druku powiększonym,
	3. w języku łatwym do czytania i rozumienia (ETR),
	4. w inny sposób (proszę opisać):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przewidywany termin wizyty w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Bydgoszczy: ………………………………………
2. Data i podpis wnioskodawcy bądź osoby przybranej: …………………………………………..