

Wniosek o udostępnienie usługi

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

1. Dane wnioskodawcy:

- a) imię:
- b) nazwisko:
- c) ulica:
- d) kod pocztowy:
- e) miejscowość:

2. Sposób komunikowania się (wybierz i podaj dane):

- a) adres poczty elektronicznej:
- b) numer telefonu (sms, mms):
- c) numer faksu:
- d) nr telefonu do osoby przybranej:
- e) ePUAP:

3. Metoda komunikacji (podkreśl właściwe):

- a) osoba przybrana
- b) tłumacz (zaznaczyć właściwe):
 - polskiego języka migowego (PJM)
 - systemu językowo-migowego (SJM)
 - sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

4. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona

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

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

5. Proszę o przekazanie wymaganych dokumentów i/lub sposobu załatwienia sprawy (podkreśl właściwe):

- a. w polskim języku migowym (PJM),
- b. w druku powiększonym,
- c. w języku łatwym do czytania i rozumienia (ETR),
- d. w inny sposób (proszę opisać):

.....
.....

6. Przewidywany termin wizyty w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Bydgoszczy:

7. Data i podpis wnioskodawcy bądź osoby przybranej: