

Skarga na brak dostępności

Wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.

Wypełnij pola obowiązkowe zaznaczone *

Podaj adres do korespondencji w tej sprawie.

Dane osoby składającej skargę Wpisz dane w polach poniżej.

Imię*

Nazwisko*

Ulica, numer domu i lokalu.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość

Państwo.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

Dane skarżonego podmiotu:

Przychodnia Zdrowia w Andrespolu

ul. Rokicińska 125

95 – 020 Andrespol

1. Jako barierę w dostępności wskazuję:*

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z podmiotu publicznego. Możesz wskazać kilka barier. Jeżeli w polu jest zbyt mało miejsca, dodaj opis jako załącznik skargi.

2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:* Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez podmiot publiczny dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez: Wypełnij jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność w określony sposób.

Sposób kontaktu* Wybierz sposób kontaktu. Jeśli załączasz kopię wniosku o zapewnienie dostępności, nie musisz wypełniać tego punktu.

Listownie, na adres wskazany w skardze

Elektronicznie, na adres email

Inny, napisz jaki:

Załączniki : Napisz, ile dokumentów załączasz:

Data i podpis :

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Przychodni Zdrowia w Andrespolu. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym, dostępne są pod adresem internetowym - spzoz_andrespol@poczta.onet.pl