

## **Wniosek o zapewnienie dostępności**

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności cyfrowej Przychodni Zdrowia w Andrespolu ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni dostęp alternatywny.

Imię i nazwisko:

Ulica, numer domu i lokalu:

Kod pocztowy i miejscowość:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

**Przychodnia Zdrowia w Andrespolu**

**ul. Rokicińska 125**

**95 – 020 Andrespol**

**1. Jako barierę w dostępności wskazuję:\***

Opisz czego dotyczy żądanie zapewnienia dostępności cyfrowej strony internetowej, aplikacji mobilnej lub jakiegoś ich elementu. Jeżeli jakieś informacje nie jest dla Ciebie dostępne, napisz którą informację udostępnić i w jakiej formie, na przykład odczytanie niedostępnego cyfrowo dokumentu, opisanie zawartości filmu bez audiodeskrypcji itp. Żądanie powinno zawierać wskazanie, o którą stronę internetową lub aplikację mobilną chodzi.

**2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:\***

Wypełnij, jeżeli chcesz, żeby Przychodnia Zdrowia zapewniła dostępność w określony sposób

### Oświadczenie

W polu wyboru obok Twojego statusu wstaw znak X.

Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status.

Wybór	Mój status
<input type="checkbox"/>	Osoba ze szczególnymi potrzebami
<input type="checkbox"/>	Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

### Sposób kontaktu

Wstaw znak X w polu wyboru, aby wskazać, jak mamy się z Tobą kontaktować w sprawie wniosku.

Wybór	Sposób kontaktu
<input type="checkbox"/>	Listownie na adres wskazany we wniosku
<input type="checkbox"/>	Elektronicznie, poprzez konto ePUAP
<input type="checkbox"/>	Elektronicznie, na adres email
<input type="checkbox"/>	Inny, napisz jaki:

### Załączniki

Napisz, ile dokumentów załączasz.

### Data i podpis

Data

Podpis