

.....

....., dnia.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

Dyrektor

Muzeum Cypriana Norwida w Dębinkach (w organizacji)

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z dnia 3 października 2011 r. , Nr 209, poz. 1243 z póź. Zm.) jako osoba uprawniona zgłaszam zamiar skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza (proszę właściwe podkreślić):

- a) polskiego języka migowego (PJM)
- b) systemu językowo-migowego (SJM)
- c) sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

Planowany termin spotkania (data/godzina)

.....

Proszę o wybranie sposobu komunikowania się z Panią/Panem w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania:

1. adres poczty elektronicznej
2. nr telefonu komórkowego.....

Podpis

.....

Dane teleadresowe:

Muzeum Cypriana Norwida w Dębinkach
ul. Pałacowa 7, 07-230 Dębinki
571-406-190
kontakt@muzeumnorwida.com