



Brzozów, dnia .....

.....  
*Imię i nazwisko Wnioskodawcy/  
Przedstawiciela Ustawowego*

.....  
*Adres do korespondencji  
(pole nie jest wymagane)*

**Szpital Specjalistyczny w Brzozowie  
Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny  
Im. Ks. B. Markiewicza  
Ul. Ks. J. Bielawskiego 18  
36-200 Brzozów**

### **INFORMACJA O BRAKU DOSTĘPNOŚCI**

Uprzejmie informuję o braku dostępności Państwa podmiotu leczniczego dla osób ze szczególnymi potrzebami. Podmiot nie spełnia wymogów dostępności:

- Architektonicznej
- Informacyjno-komunikacyjnej

Ponieważ:

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

.....  
*Podpis (pole nie jest wymagane)*