

Formularz zgłoszenia potrzeby zapewnienia dostępności

Wypełnij poniższy formularz, aby zgłosić potrzebę zapewnienia dostępności określonej usługi, informacji lub komunikacji w naszej firmie. Twoje zgłoszenie pomoże nam dostosować nasze działania do indywidualnych potrzeb.

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko: _____

Adres e-mail: _____

Telefon kontaktowy: _____

Zakres potrzebnej dostępności:

Proszę opisać, czego dotyczy zgłoszenie (np. dostęp do dokumentu, strony internetowej, rozmowy z pracownikiem, tłumacza PJM, itp.):

Preferowana forma kontaktu:

- ☐ E-mail
- ☐ Telefon
- ☐ SMS
- ☐ Inna (proszę podać): _____

Preferowany termin realizacji zapewnienia dostępności:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu obsługi zgłoszenia potrzeby zapewnienia dostępności, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

Data i podpis: _____