Data wniosku: *Wybierz datę*

Imię i nazwisko: *Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

Adres: *Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

Telefon:*Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

e-mail:*Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

**Ośrodek dla Osób Uzależnionych**

**SPZOZ „Nowy Dworek”**

Nowy Dworek 46

66-200 Świebodzin

# **INFORMACJA O BRAKU DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 29 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240) wskazuję następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności w zakresie:

architektonicznym: *Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

informacyjno-komunikacyjnym: *Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

cyfrowym: *Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.*

**Sposób kontaktu z Wnioskodawcą:**

Korespondencja pocztowa

Korespondencja e-mailowa

Odbiór osobisty korespondencji

