

.....dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
nr telefonu komórkowego

.....
adres e-mail - kontakt za pośrednictwem e-maila

Ośrodek Profilaktyki Rodzinnej
ul. Strzelecka 31 a
89-600 Chojnice

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Ośrodku Profilaktyki Rodzinnej w Chojnicach, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego. Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy (krótki opis sprawy):

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

.....
podpis