**Formularz kontaktowy**

1. Nazwisko i imię osoby potrzebującej tłumacza:

……………………………………………………………………………

1. Propozycja terminu:

……………………………………………………………………………

1. Informacja na temat sprawy, którą osoba zainteresowana chce załatwić
w Środowiskowym Domu Samopomocy Nr 2 Dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Stalowej Woli:

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

1. Kontakt zwrotny, na który zostanie nadesłana informacja
z potwierdzeniem spotkania (e-mail, telefon, SMS):

……………………………………………………………………………