**Załącznik 1**

**ZGŁOSZENIE OSOBY PRZYBRANEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data zgłoszenia: | |
| **OSOBA UPRAWNIONA** | **OSOBA PRZYBRANA** |
| Imię i nazwisko: | Imię i nazwisko: |
| Adres korespondencyjny: | Adres korespondencyjny: |
| Email lub telefon: | Email lub telefon: |
| Termin wizyty/kontaktu telefonicznego:  Godzina wizyty/kontaktu:  Miejsce wizyty\*: 1. al. Ujazdowskie 1/3  2. ul. Belwederska 46/50 (archiwum)  3. al. Szucha 14 | |
| Chcę skorzystać z pomocy tłumacza: TAK/NIE\*.  Wybrana metoda komunikowania się: PJM/SJM\*  Uwaga: aby skorzystać z usługi tłumacza przekaż formularz najpóźniej na 3 dni robocze przed planowaną wizytą. | |
| Uwagi: | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreśl