**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 1/32. 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