



# Miodny Szlak

.....

..... dnia .....

imię i nazwisko

miejsowość

data

Wnioskodawcy/ Przedstawiciela Ustawowego

.....

adres do korespondencji

.....

telefon kontaktowy / adres e-mail

Fundacja Po Zdrowie Do Natury  
inicjatywa Miodny Szlak  
Kamianna 50  
33-336 Łabowa

## WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), jako\*:

- osoba ze szczególnymi potrzebami,
- przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami (proszę podać imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

.....

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie\*:

- dostępności architektonicznej,
- dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności Biura Marki Miodny Szlak i Fundacji Po Zdrowie Do Natury w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

Wskazanie interesu faktycznego (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w Biurze Marki Miodny Szlak i Fundacji Po Zdrowie Do Natury):

.....

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy:

.....

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek\*:

1. Kontakt telefoniczny
2. Korespondencja pocztowa
3. Korespondencja elektroniczna (e-mail)
4. Odbiór osobisty

\* właściwe podkreślić

.....  
(podpis wnioskodawcy)