**Kwestionariusz osobowy**

**WAS 2017 ZAPISY**

*(prosimy o wypełnienie drukowanymi literami, czytelnie)*

**Nazwisko……………………………………………..**

**Imię………...…………………………………………..**

Data urodzenia: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**Adres zamieszkania:**

Ulica : ……………………………………………………

Numer domu/lokalu …..…………………………

Miejscowość ………………………..……………….

Poczta \_ \_ - \_ \_ \_ ……………..……………..

Telefon kom: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Telefon domowy: \_ \_/\_ \_ \_ \_ \_ \_

Adres e-mail ………………………………………….

Nazwa parafii ………………………………………..

………………………………………………………………

**Proszę o wpisanie mnie na turnus wyjazdowy**

**w dniach: ………………………………………………….…………**

W turnusie Wyjazdowej Aktywizacji Seniorów brałem/brałam udział ……………………………… razy

**Gdzie? ………………………………………………………………….**

**Kwestionariusz osobowy**

**WAS 2017 ZAPISY**

*(prosimy o wypełnienie drukowanymi literami, czytelnie)*

**Nazwisko……………………………………………..**

**Imię………...…………………………………………..**

Data urodzenia: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**Adres zamieszkania:**

Ulica : ……………………………………………………

Numer domu/lokalu …..…………………………

Miejscowość ………………………..……………….

Poczta \_ \_ - \_ \_ \_ ……………..……………..

Telefon kom: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Telefon domowy: \_ \_/\_ \_ \_ \_ \_ \_

Adres e-mail ………………………………………….

Nazwa parafii ………………………………………..

………………………………………………………………

**Proszę o wpisanie mnie na turnus wyjazdowy**

**w dniach: ………………………………………………….…………**

W turnusie Wyjazdowej Aktywizacji Seniorów brałem/brałam udział ……………………………… razy

**Gdzie? ………………………………………………………………….**

**Kwestionariusz osobowy**

**WAS 2017 ZAPISY**

*(prosimy o wypełnienie drukowanymi literami, czytelnie)*

**Nazwisko……………………………………………..**

**Imię……………………………………………………..**

Data urodzenia: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**Adres zamieszkania:**

Ulica : ……………………………………………………

Numer domu/lokalu …..…………………………

Miejscowość ………………………..……………….

Poczta \_ \_ - \_ \_ \_ ……………..……………..

Telefon kom: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Telefon domowy: \_ \_/\_ \_ \_ \_ \_ \_

Adres e-mail ………………………………………….

Nazwa parafii ………………………………………..

………………………………………………………………

**Proszę o wpisanie mnie na turnus wyjazdowy**

**w dniach: ………………………………………………….…………**

W turnusie Wyjazdowej Aktywizacji Seniorów brałem/brałam udział ……………………………… razy

**Gdzie? ………………………………………………………………….**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Caritas Archidiecezji Wrocławskiej danych osobowych udostępnionych z związku z formalnościami dotyczącymi udziału w WAS (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Tekst jednolity – Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926).**

**Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z WAS z moim wizerunkiem w materiałach informacyjno – promocyjnych Caritas oraz na przesyłanie na mój adres e-mail informacji o działaniach Caritas.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem WAS 2017, który jest integralną częścią zgłoszenia, tym samym jest mi znany zapis, dotyczący utraty zadatku w przypadku rezygnacji, bez zastępstwa.**

**………………………………….. ………………………………… Data Podpis**

**……………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………**

**Kwestionariusz należy wypełnić i dostarczyć do Caritas Archidiecezji Wrocławskiej osobiście lub pocztą w ciągu 7 dni od telefonicznego zapisania się u Koordynatora programu.**

 **Szczegółowe informacje: .** [**www.wroclaw.caritas.pl**](http://www.wroclaw.caritas.pl) **. e-mail:****wroclaw@caritas.pl** **. ul. Katedralna 7, 50-328 Wrocław . telefonicznie od pn. do pt. w godzinach: 8.00-16.00**

**Turnusy dla Parafialnych Zespołów Caritas Koordynator 662-217-292**

 **Turnusy pozostałe**

 **Koordynator 664-456 585**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Caritas Archidiecezji Wrocławskiej danych osobowych udostępnionych z związku z formalnościami dotyczącymi udziału w WAS (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Tekst jednolity – Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926).**

**Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z WAS z moim wizerunkiem w materiałach informacyjno – promocyjnych Caritas oraz na przesyłanie na mój adres e-mail informacji o działaniach Caritas.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem WAS 2017, który jest integralną częścią zgłoszenia, tym samym jest mi znany zapis, dotyczący utraty zadatku w przypadku rezygnacji, bez zastępstwa.**

**………………………………….. ………………………………… Data Podpis**

**……………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………….**

**Kwestionariusz należy wypełnić i dostarczyć do Caritas Archidiecezji Wrocławskiej osobiście lub pocztą w ciągu 7 dni od telefonicznego zapisania się u Koordynatora programu.**

 **Szczegółowe informacje: .** [**www.wroclaw.caritas.pl**](http://www.wroclaw.caritas.pl) **. e-mail:** **wroclaw@caritas.pl** **. ul. Katedralna 7, 50-328 Wrocław . telefonicznie od pn. do pt. w godzinach: 8.00-16.00**

**Turnusy dla Parafialnych Zespołów Caritas Koordynator 662-217-292**

 **Turnusy pozostałe**

 **Koordynator 664-456 585**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Caritas Archidiecezji Wrocławskiej danych osobowych udostępnionych z związku z formalnościami dotyczącymi udziału w WAS (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Tekst jednolity – Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926).**

**Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z WAS z moim wizerunkiem w materiałach informacyjno – promocyjnych Caritas oraz na przesyłanie na mój adres e-mail informacji o działaniach Caritas.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem WAS 2017, który jest integralną częścią zgłoszenia, tym samym jest mi znany zapis, dotyczący utraty zadatku w przypadku rezygnacji, bez zastępstwa.**

**………………………………….. ………………………………… Data Podpis**

**……………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………**

**Kwestionariusz należy wypełnić i dostarczyć do Caritas Archidiecezji Wrocławskiej osobiście lub pocztą w ciągu 7 dni od telefonicznego zapisania się u Koordynatora programu.**

 **Szczegółowe informacje: .** [**www.wroclaw.caritas.pl**](http://www.wroclaw.caritas.pl) **. e-mail:** **wroclaw@caritas.pl** **. ul. Katedralna 7, 50-328 Wrocław . telefonicznie od pn. do pt. w godzinach: 8.00-16.00**

**Turnusy dla Parafialnych Zespołów Caritas Koordynator 662-217-292**

 **Turnusy pozostałe**

 **Koordynator 664-456 585**