

DOM OPIEKI KOŚCIOŁA CHRZEŚCIJAN BAPTYSTÓW
15-552 Białystok, ul. Kujawska 24
tel./fax. +48 519438634
KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PENSJONARIUSZA

1. Nazwisko i imię (oraz nazwisko rodowe).....
2. Imiona rodziców
3. Data i miejsce urodzenia.....
Dzień, miesiąc, rok miejscowość gmina województwo
4. Adres pobytu stałego.....
nr kodu pocztowego miejscowość gmina województwo
ul. nr domu nr lokalu
5. Dokument stwierdzający tożsamość – Dowód osobisty seria nr
wydany przez
6. PESEL
7. Emerytura/renta nr
8. Stan majątkowy (podać tylko w przypadku osób samotnych)
9. Najbliższa rodzina (stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, telefon domowy, komórkowy, do pracy, e-mail)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
10. Przynależność do Kościoła
11. Sprawność fizyczna.....
.....
.....
12. Osoba ubezwłasnowolniona: **TAK NIE** Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko opiekuna prawnego:

UWAGA!!! miesięczna opłata pobytowa wynosi PLN.

.....
miejscowość i data

.....
podpis ubiegającego się o przyjęcie

e-mail: domkchb@tlen.pl
www.domkchb.pl

PKO BP S.A. 2 O/Białystok 58 1020 1332 0000 1102 0349 7989