



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY



IMIĘ I NAZWISKO

DATA I MIEJSCE URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA

NR TELEFONU

E-MAIL

WYKSZTAŁCENIE

ZAINTERESOWANIA

PROSZĘ O PRZYJĘCIE MNIE W POCZET CZŁONKÓW STOWARZYSZENIA SŁUCHACZY
UNIwersytetu TRZECIEGO WIEKU NA ROK AKADEMICKI 2018-2019

data

podpis



**UNIwersytet
TRZECIEGO
WIEKU**
W ŻYRARDOWIE

Stowarzyszenie Słuchaczy
Uniwersytetu Trzeciego Wieku
w Żyrardowie

KONTAKT
ul. Piaskowa 21/23
96-300 Żyrardów
tel. +48 791 858 628