

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY/ PERSONAL DATA FORM

1. Imię (imiona) i nazwisko/ Name(s) and last name:

2. Imiona rodziców/ Parents names:

3. Data urodzenia/ Date of birth:

4. Obywatelstwo/Citizenship:

5. Numer ewidencji (PESEL)/ Personal ID number:

Numer identyfikacji podatkowej (NIP)/ Tax ID number:.....

6. Telefon Kontaktowy/ Contact phone:

7. Miejsce zamieszkania (zameldowania)- należy podać również powiat i gminę/ Residence address:

.....

Adres do korespondencji/ Correspondence address:

.....

8. Wykształcenie/ Education:

.....

9. Wykształcenie uzupełniające/ Supplementary education:

.....

10. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia/ Previous employment:

.....

.....

.....

.....

11. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania (np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)/ Other skills and interests (ex. knowledge of foreign languages, driving licence, computer skills):

.....

12. Stan rodzinny/ Family status:

.....

13. Powszechny obowiązek obrony/ General duty to defend:

- a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony:
- b) stopień wojskowy:
 numer specjalności wojskowej:
- c) przynależność ewidencyjna do WKU:
- d) numer książeczki wojskowej:
- e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP:

14. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku/ Person to contact in case of emergency:

.....

15. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3 i 5 są zgodne z dowodem osobistym seria:

..... nr..... wydanym przez..... w

albo innym dowodem tożsamości.....

I declare that data given in paragraph 1,2,3 and 5 are consistent with my ID document (type, number):.....

16. Urząd Skarbowy właściwy/ Tax Office:

.....

17. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia/ Branch of National Health Fund:

.....

Pracownik/ Employee Signature

Osoba przyjmująca kwestionariusz / Person
receiving personal data form