Formularz zgłoszeniowy

DANE OSOBY PRAGNĄCEJ NALEŻEĆ DO SALEZJAŃSKIEGO DZIEŁA POMOCY POWOŁANIOM

im. bł. ks. Augusta Czartoryskiego SDB

(wypełnić drukowanymi literami)

Imię:……………………………………………………………………….

Nazwisko:……………………………………………………………….

Miejscowość:………………………………………………………….

Kod pocztowy:………………………………………………………..

Ul. I nr domu:………………………………………………………….

E-mail:…………………………………………………………………….

Tel. Kontaktowy:…………………………………………………….

Odesłać na adres:

Salezjański Ośrodek Powołaniowy

ul Tyniecka 39, 30-323 Kraków