

ZAŁĄCZNIK nr 2**Do regulaminu ogólnopolskiego konkursu stypendialnego Fundacji „Praca dla Niewidomych”
na rok akademicki 2019/2020****FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH**

WYKAZ	DANE
IMIĘ	
NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
NUMER PESEL	
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	
ADRES ZAMELDOWANIA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER KONTA BANKOWEGO	
URZĄD SKARBOWY (właściwy dla miejsca zamieszkania)	
NUMER TELEFONU	
E-MAIL	
DATA ZDANIA EGZAMINU DOJRZAŁOŚCI	