

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI

WYPEŁNIA PRACOWNIK RECEPCJI		NAZWISKO I IMIĘ:
NR POKOJU	POZ. W REJESTRZE:	
ADRES ZAMELDOWANIA/STAŁEGO POBYTU:		
NR DOWODU OSOBISTEGO/PASZPORTU:		UCZELNIA: ROK, KIERUNEK, TRYB STUDIÓW
UCZELNIANY ADRES MAILOWY MIESZKAŃCA:		UCZELNIA: NR ALBUMU
NR TELEFONU MIESZKAŃCA:		NR TELEFONU OSOBY KONTAKTOWEJ W RAZIE WYPADKU:
OŚWIADCZENIE		
<p>Oświadczam, że znane mi są przepisy Regulaminu Mieszkańca ACH i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.</p> <p>Po wygaśnięciu przydziału miejsca w DS. lub pozbawieniu mnie tego przydziału zobowiązuję się zajmowane miejsce zwolnić w terminie wyznaczonym przez Kierownika ACH.</p> <p>Zobowiązuję się również do zabrania z DS. w dniu wykwaterowania wszystkich moich rzeczy.</p> <p>Oddane do mojego użytku wyposażenie zwrócę w momencie wykwaterowania a w razie jego zniszczenia lub zgubienia pokryję straty w gotówce.</p> <p>Jestem świadom moich obowiązków finansowych, wynikających z zamieszkania w DS., jak i konsekwencji prawnych za ich niewypełnienie.</p> <p>Kraków, dnia</p> <p style="text-align: right;">(CZYTELNY PODPIS STUDENTA)</p>		
WYPEŁNIA PRACOWNIK RECEPCJI		
STAWKA:	DATA ZAKWATEROWANIA:	
	(PODPIS)	
STAWKA:	DATA WYKWATEROWANIA:	
	(PODPIS)	
UWAGI:		