



# KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY



IMIĘ I NAZWISKO

DATA I MIEJSCE URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA

NR TELEFONU

E-MAIL

WYKSZTAŁCENIE

ZAINTERESOWANIA



**UNIWERSYTET  
TRZECIEGO  
WIEKU**  
W ŻYRARDOWIE

Stowarzyszenie Słuchaczy  
Uniwersytetu Trzeciego Wieku  
w Żyrardowie

KONTAKT  
ul. Stefana Żeromskiego 13  
96-300 Żyrardów  
tel. +48 729 105 181

PROSZĘ O PRZYJĘCIE MNIE W POCZET CZŁONKÓW  
STOWARZYSZENIA SŁUCHACZY UNIWERSYTETU  
TRZECIEGO WIEKU NA ROK AKADEMICKI 2024-2025

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

podpis