Data i podpis osoby przyjmującej zaliczkę:	***/wypełnić czytelnie, drukowanymi literami/*** **ZGŁOSZENIE MAŁŻEŃSKIE/RODZINNE** /wpisujemy wyłącznie osoby, które będą na rekolekcjach/: **Turnus: PIERWSZY: 24.07 – 31.07.2021 r.** **ŻONA**: IMIĘ I NAZWISKO ……..... • Rok urodzenia …… na stopień..... • Telefon kontakt. …….. e-mail ……..…… • GRUPA formacyjna: **TAK/NIE;** GRUPA wzrostu: **TAK/NIE;** KURS Alpha: **TAK/NIE** • IMIĘ I NAZWISKO Animatora grupy, w której byłaś…… • Potwierdzenie Animatora o uczestnictwie w formacji rocznej (dotyczy osób na IIº i IIIº) ..... • **MĄŻ**: IMIĘ I NAZWISKO ……..... • Rok urodzenia …… na stopień..... • Telefon kontakt. …….. e-mail ……..…… • GRUPA formacyjna: **TAK/NIE;** GRUPA wzrostu: **TAK/NIE;** KURS Alpha: **TAK/NIE** • IMIĘ I NAZWISKO Animatora grupy, w której byłeś…… • Potwierdzenie Animatora o uczestnictwie w formacji rocznej (dotyczy osób na IIº i IIIº) ..... • **WSPÓLNOTA,** do której należycie ……miejscowość……...…… • Wysokość wpłaconej zaliczki za męża i żonę …..…… • UWAGI: …… • PROSIMY O RACHUNEK: **TAK/ NIE;** wypisany na…….…… • Dzieci na rekolekcjach: imię……... data urodz ……..…, ukończona klasa ……..., zaliczka …….., imię……... data urodz ……..…, ukończona klasa ……..., zaliczka …...., imię……... data urodz.……., ukończona klasa ……..., zaliczka …….., imię……... data urodz ……..…, ukończona klasa ……..., zaliczka …….., ***Opieka na rekolekcjach obejmuje dzieci od 4 roku życia; wszystkie dzieci uczestniczą w programie rekolekcyjnym.*** ***Zapoznałem/am się i akceptuję Warunki przyjęcia na Rekolekcje i Zasady na Rekolekcjach.*** *Data i czytelny podpisy:* MĄŻ ……..…… ŻONA……

Wyrażamy zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Katolickie Stowarzyszenie Ezechiasz z siedzibą w Białymstoku naszych danych osobowych wyłącznie w celach i ramach prowadzonej przez stowarzyszenie działalności statutowej, w szczególności w zakresie związanym z udziałem w rekolekcjach, formacjach innych spotkaniach. Jednocześnie oświadczamy, że jesteśmy świadomi faktu, że przysługuje nam prawo do ich wglądu i zmiany. *

……
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę*