

Szkoła Języka i Kultury Polskiej POLLANDO, Uniwersytet w Białymstoku  
Plac NZS 1, 15-420 Białystok, Polska, pollando@uwb.edu.pl

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – TRZYMIESIĘCZNY KURS SPECJALISTYCZNY JĘZYKA POLSKIEGO**

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ:		NAZWISKO:	
DATA URODZENIA:		MIEJSCE URODZENIA:	
PŁEĆ: MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/>		OBYWATELSTWO:	
NUMER PASZPORTU:	DATA WYDANIA PASZPORTU:	DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU:	
<b>ADRES STAŁY</b>			
KRAJ:		MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA:	NUMER DOMU:	KOD POCZTOWY:	
<b>DANE KONTAKTOWE</b>			
E-MAIL:		TELEFON/FAKS	
NAZWISKO I TELEFON OSOBY, Z KTÓRĄ MOŻNA SIĘ KONTAKTOWAĆ W NAGŁYM PRZYPADKU			
<b>CHCĘ UCZESTNICZYĆ W SPECJALISTYCZNYM KURSIE:</b>			
Język polski dla obcokrajowców (z elementami języka polskiego medycznego) – <b>A2</b>		<input type="checkbox"/>	
Język polski medyczny dla obcokrajowców – <b>B1</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>POZIOM ZNAJOMOŚCI JĘZYKA POLSKIEGO</b>			
POCZĄTKUJĄCY <input type="checkbox"/>	ŚREDNIO ZAAWANSOWANY <input type="checkbox"/>	ZAAWANSOWANY <input type="checkbox"/>	
Potwierdzam, że mój stan zdrowia pozwala mi na podjęcie nauki w SJiKP. Akceptuję Zasady uczestnictwa w płatnych kursach języka polskiego w SJiKP POLLANDO. Oświadczam, że ubezpieczę się we własnym zakresie.			
DATA:		PODPIS:	