

Nr wniosku

WNIOSKODAWCA WYPEŁNIA TYLKO BIAŁE POLA

data

Po wypełnieniu wraz z załącznikami przesłać na adres: Polskie Stowarzyszenie Pogrzebowe, ul. Sokołowska 4, 01-136 Warszawa

WNIOSEK
o wydanie KARTY PROFESJONALISTY w zakresie zarządzania nieruchomościami cmentarnymi

Wnoszę o wydanie KARTY PROFESJONALISTY w zakresie zarządzania nieruchomościami cmentarnymi

DANE WNIOSKODAWCY			
Imię/imiona		Nazwisko	
Imiona rodziców		Wykształcenie	PESEL
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA			
Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
DANE KONTAKTOWE			
Telefon stacjonarny	Telefon komórkowy	E-mail	
ZATRUDNIENIE			
Pełna nazwa			
Adres		Stanowisko	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku przez Polskie Stowarzyszenie Pogrzebowe do potrzeb prowadzenia Centralnego Rejestru KARTY PROFESJONALISTY - zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że;

Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych
Nie byłem/em/ karana/y za przestępstwo przeciwko mieniu, dokumentom, za przestępstwo gospodarcze, za fałszowanie znaków urzędowych, za składanie fałszywych zeznań oraz za przestępstwa skarbowe
Spełniam jeden z warunków zawartych w § 6 kwalifikujący do wpisu do Centralnego Rejestru KARTY PROFESJONALISTY
Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku
Zobowiązuję się przestrzegać Standardów Zawodowych zawartych w załączniku nr 1

.....
(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączono;

1. Potwierdzenie spełnienia jednego z warunków zawartych w § 6 kwalifikujących do wpisu
2. Dwie fotografie o wymiarach 35 x 45 mm
3. Potwierdzenie przelania na konto bankowe Polskiego Stowarzyszenia Pogrzebowego, ul. Sokołowska 4, 01-136 Warszawa, Nr konta 38 1940 1076 3182 2851 0000 0000, kwoty 100 zł. Tytuł: KARTA PROFESJONALISTY
4. Ksero kopię dwu stron dowodu osobistego

Wniosek przyjęto w dniu		Czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek	
WYPEŁNIAĆ PRZY ODBIORZE	Kwituję odbiór KARTY PROFESJONALISTY	Data	Podpis odbierającego
		Czytelny podpis pracownika wydającego Kartę	