

A N K I E T A

DEKANAT:

PARAFIA pw.:

NA TERENIE PARAFII ZNAJDUJE SIĘ: *odpowiednie proszę zaznaczyć*

SZPITAL	DOM POMOCY SPOŁECZNEJ: osób w podeszłym wieku	DOM POMOCY SPOŁECZNEJ: osób przewlekłe chorych	DOM POMOCY SPOŁECZNEJ: osób psychicznie chorych	DOM POMOCY SPOŁECZNEJ: dorosłych niepełnosprawnych	DOM POMOCY SPOŁECZNEJ: dzieci i młodzieży niepełnosprawnych	DOM POMOCY SPOŁECZNEJ: osób uzależnionych od alkoholu	INNE:

OPIEKĘ DUSZPASTERSKĄ w w/w jednostce SPRAWUJE:

imię i nazwisko, stanowisko (proboszcz, wikariusz, rezydent, kapelan)

ADRES zamieszkania:

TELEFON kontaktowy:

E-MAIL:

CZY JEST ZATRUDNIONY przez jednostkę: *TAK lub NIE*

CZY JEST UMOWA o WOŁONTARIACIE? *TAK lub NIE*