

# ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

## CZĘŚĆ I: DANE OSOBOWE

KOLOROWE ZDJĘCIE  
OSOBY SPRAWDZANEJ  
(WYS. 5 cm × SZER. 4 cm)

**ZDJĘCIE WYŁĄCZNIE  
O TAKICH WYMIARACH  
WYSOKOŚĆ 5 cm  
i SZEROKOŚCI 4cm**

1. NAZWISKO

*KOZŁOWSKI*

2. PIERWSZE IMIĘ

*JÓZEF*

3. DRUGIE IMIĘ

*MIECZYŚLAW*

4. NAZWISKO RODOWE

*KOZIOŁ*

5. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA

*KOZIOŁ*

6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR)

*12-03-1949*

7. MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)

*WARKA*

8. POSIADANE OBYWATELSTWA (OD KIEDY?)

*POLSKIE, od 12-03-1949 (lub POLSKIE od urodzenia)*

9. WCZEŚNIEJ POSIADANE OBYWATELSTWA (OD KIEDY – DO KIEDY?)

*INNYCH NIE POSIADAŁEM*

10. NR PESEL

*49031203443*

11. NIP

*553-128-83-50*

12.1. NR DOWODU OSOBISTEGO

*ABY 8726458*

12.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO

*12-10-2015*

12.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY

*BURMISTRZ GMINY WARSZAWA-CENTRUM*

13. CZY POSIADA PANI (PAN) PASZPORT?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 13.1. – 13.4.)

TAK

NIE

13.1. NR PASZPORTU

*ADY 600475*

13.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU

*30-10-2015*

13.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT

*WOJEWODA MAZOWIECKI*

13.4. CZY POSIADA PANI (PAN) INNY PASZPORT, NIŻ WSKAZANY W PKT 13.1. – 13.3.?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 13.1. – 13.3.)

TAK

NIE

14. CZY JEST LUB BYŁA PANI (BYŁ PAN) OBJĘTY POWSZECHNYM OBOWIĄZKIEM OBRONY?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 14.1. – 14.3.)

TAK

NIE

14.1. STOPIEŃ WOJSKOWY

*PODPUŁKOWNIK*

14.2. NR WOJSKOWEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

*AB 0001415*

14.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ WOJSKOWY DOKUMENT TOŻSAMOŚCI

*DOWÓDCA JEDNOSTKI WOJSKOWEJ NR 4191*

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 15. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |
| 697 597 497                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |
| 16. ADRES ZAMELDOWANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                          |                                                               |
| UL. STASZICA 1 M. 102, 85-799 BYDGOSZCZ, POLSKA, TEL. (52) 4344825                                                                                                                                                                                                            |                                                               |
| 17. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                          |                                                               |
| UL. EGEJSKA 32/34 M. 15, 02-764 WARSZAWA, POLSKA, TEL. (22) 5781890                                                                                                                                                                                                           |                                                               |
| 18. CZY JEST PANI (PAN) ZATRUDNIONA (ZATRUDNIONY) LUB PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 18.1. – 18.4.)                                                            |                                                               |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                       | NIE <input type="checkbox"/>                                  |
| 18.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB PROWADZONEJ FIRMY                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |
| JEDNOSTKA WOJSKOWA NR 4191                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |
| 18.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB PROWADZONEJ FIRMY<br>(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                      |                                                               |
| UL. KAJAKOWA 11, 02-800 WARSZAWA, POLSKA, TEL. (22) 6828400                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |
| 18.3. ZAJMOWANE STANOWISKO                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |
| SZEF WYDZIAŁU INFRASTRUKTURY                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |
| 18.4. CZY POSIADA PANI (PAN) INNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA, NIŻ WSKAZANE W PKT 18.1. – 18.3.?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 18.1. – 18.3.) |                                                               |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                  | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                       |
| <b>CZĘŚĆ II: DANE OSOBOWE CZŁONKÓW RODZINY</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |
| <b>A. WSPÓŁMAŁŻONEK OSOBY SPRAWDZANEJ</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |
| 1. CZY POZOSTAJE PANI (PAN) W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 25.4.)                                                                                                     |                                                               |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                       | NIE <input type="checkbox"/>                                  |
| 2. OD KIEDY? (DD-MM-RRRR)                                                                                                                                                                                                                                                     | 3. MIEJSCE ZAWARCIA MAŁŻEŃSTWA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)         |
| 12-01-1970                                                                                                                                                                                                                                                                    | KRAKÓW, POLSKA                                                |
| 4. NAZWISKO WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |
| KOZŁOWSKA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |
| 5. PIERWSZE IMIĘ WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                                | 6. DRUGIE IMIĘ WSPÓŁMAŁŻONKA                                  |
| EWA                                                                                                                                                                                                                                                                           | LIDIA                                                         |
| 7. NAZWISKO RODOWE WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                              | 8. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA WSPÓŁMAŁŻONKA                     |
| LICKA                                                                                                                                                                                                                                                                         | LICKA                                                         |
| 9. IMIĘ OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                                    | 10. NAZWISKO OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA                               |
| STEFAN                                                                                                                                                                                                                                                                        | LICKI                                                         |
| 11. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                        | 12. IMIĘ MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA                                  |
| LICKI                                                                                                                                                                                                                                                                         | LICKA                                                         |
| 13. NAZWISKO MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                              | 14. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA                       |
| LICKA                                                                                                                                                                                                                                                                         | BAK                                                           |
| 15. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                 | 16. MIEJSCE URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA<br>(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| 23-04-1950                                                                                                                                                                                                                                                                    | KRAKÓW, POLSKA                                                |
| 17. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA (OD KIEDY?)                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |
| POLSKIE, od urodzenia 23-04-1950r.                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               |
| 18. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                                                                                                                                                                               |                                                               |
| NIE POSIADAŁA                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. NR PESEL WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">50041903443</div>                                                                                                                                                                                            | 20. NIP WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">572-051-05-50</div>                            |
| 21.1. NR DOWODU OSOBISTEGO WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">ABY 8726512</div>                                                                                                                                                                              | 21.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">13-11-2014</div> |
| 21.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">PREZYDENT MIASTA KRAKOWA</div>                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| 22.1. NR PASZPORTU WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">NIE POSIADA</div>                                                                                                                                                                                      | 22.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                              |
| 22.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT WSPÓŁMAŁŻONKA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                          |
| 22.4. CZY PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK POSIADA INNY PASZPORT, NIŻ WSKAZANY W PKT 22.1. – 22.3.?<br><small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 22.1. – 22.3.)</small>             |                                                                                                                                          |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                  |
| 23. ADRES ZAMELDOWANIA WSPÓŁMAŁŻONKA<br><small>(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)</small><br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">UL. STASZICA 1 M. 102, 85-799 BYDGOSZCZ, POLSKA, TEL. (52) 4344825</div>                           |                                                                                                                                          |
| 24. ADRES ZAMIESZKANIA WSPÓŁMAŁŻONKA<br><small>(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)</small><br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">JAK W PKT 23</div>                                                                                 |                                                                                                                                          |
| 25. CZY PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK JEST ZATRUDNIONY LUB PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ?<br><small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 25.1. – 25.4.)</small>                                                                          |                                                                                                                                          |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 25.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">URZĄD SKARBOWY NR 2</div>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |
| 25.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA<br><small>(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)</small><br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">UL. TORUŃSKA 8, 85-799 BYDGOSZCZ, POLSKA, TEL. (52) 2845676</div>                                       |                                                                                                                                          |
| 25.3. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA<br><div style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">INSPEKTOR PODATKOWY</div>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |
| 25.4. CZY PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK POSIADA INNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA, NIŻ WSKAZANE W PKT 25.1. – 25.3.?<br><small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 25.1. – 25.3.)</small> |                                                                                                                                          |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                  |
| <b>B. PARTNER ŻYCIOWY (PARTNERKA ŻYCIOWA) OSOBY SPRAWDZANEJ</b><br><small>NALEŻY WPISAĆ DANE OSOBY, KTÓRA POZOSTAJE W FAKTYCZNYM I TRWAŁYM – NIEBĘDĄCYM MAŁŻEŃSTWEM – ZWIĄZKU Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ</small>                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) PARTNERA ŻYCIOWEGO (PARTNERKĘ ŻYCIOWĄ), Z KTÓRYM (KTÓRA) NIE POZOSTAJE PANI (PAN) W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM?<br><small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 22.4.)</small>                                    |                                                                                                                                          |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                  |
| 2. OD KIEDY? (ROK)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |
| 3. CZY PANI (PAN) PARTNER (PARTNERKA) POZOSTAJE W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM Z INNĄ OSOBĄ?<br><small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)</small>                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 4. NAZWISKO PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                          |

Punkt „B” wypełniamy wyłącznie w sytuacji gdy faktycznie żyjemy w trwałym związku z osobą która nie jest naszym małżonkiem.

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 5. PIERWSZE IMIĘ PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                          | 6. DRUGIE IMIĘ PARTNERA (PARTNERKI)                               |
| 7. NAZWISKO RODOWE PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                        | 8. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA PARTNERA (PARTNERKI)                  |
| 9. IMIĘ OJCA PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                              | 10. NAZWISKO OJCA PARTNERA (PARTNERKI)                            |
| 11. NAZWISKO RODOWE OJCA PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                  | 12. IMIĘ MATKI PARTNERA (PARTNERKI)                               |
| 13. NAZWISKO MATKI PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                        | 14. NAZWISKO RODOWE MATKI PARTNERA (PARTNERKI)                    |
| 15. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                           | 16. MIEJSCE URODZENIA PARTNERA (PARTNERKI) (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| 17. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ PARTNERA (PARTNERKĘ) (OD KIEDY?)                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |
| 18. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ PARTNERA (PARTNERKĘ) (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |
| 19. NR PESEL PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                              | 20. NIP PARTNERA (PARTNERKI)                                      |
| 21.1. NR DOWODU OSOBISTEGO PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                | 21.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO PARTNERA (PARTNERKI)        |
| 21.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |
| 22.1. NR PASZPORTU PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                                        | 22.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU PARTNERA (PARTNERKI)                |
| 22.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |
| 22.4. CZY PANI (PANA) PARTNER (PARTNERKA) POSIADA INNY PASZPORT, NIŻ WSKAZANY W PKT 22.1. – 22.3.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 22.1 – 22.3.)             |                                                                   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>TAK <input type="checkbox"/></span> <span>NIE <input type="checkbox"/></span> </div>                                                                                                                    |                                                                   |
| 23. ADRES ZAMELDOWANIA PARTNERA (PARTNERKI) (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| 24. ADRES ZAMIESZKANIA PARTNERA (PARTNERKI) (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| 25.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA PARTNERA (PARTNERKI)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |
| 25.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA PARTNERA (PARTNERKI) (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                           |                                                                   |
| 25.3. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ PARTNERA (PARTNERKĘ)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |
| 25.4. CZY PANI (PANA) PARTNER (PARTNERKA) POSIADA INNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA, NIŻ WSKAZANE W PKT 25.1. – 25.3.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 25.1 – 25.3.) |                                                                   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>TAK <input type="checkbox"/></span> <span>NIE <input type="checkbox"/></span> </div>                                                                                                                    |                                                                   |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

### C. OJCIEC OSOBY SPRAWDZANEJ

|                                                                                                                                                                                        |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. NAZWISKO OJCA<br><i>KOZŁOWSKI</i>                                                                                                                                                   | 2. PIERWSZE IMIĘ OJCA<br><i>MIECZYŚŁAW</i>                       |
| 3. DRUGIE IMIĘ OJCA<br><i>JAN</i>                                                                                                                                                      | 4. NAZWISKO RODOWE OJCA<br><i>KOZŁOWSKI</i>                      |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) OJCA<br><i>13-02-1929</i>                                                                                                                               | 6. MIEJSCE URODZENIA OJCA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)<br><i>OJCÓW</i> |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ OJCA (OD KIEDY?)<br><i>POLSKIE, od 13-02-1929 (lub Polskie od urodzenia)</i>                                                                           |                                                                  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ OJCA (OD KIEDY – DO KIEDY?)<br><i>INNYCH NIE POSIADAŁEM</i>                                                                                  |                                                                  |
| 9. NR PESEL OJCA<br><i>29021367890</i>                                                                                                                                                 |                                                                  |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA OJCA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)<br><i>UL. STASZICA 11 M. 43, 85-799 BYDGOSZCZ, POLSKA, TEL. (52) 4344541</i> |                                                                  |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA OJCA<br><i>EMERYT</i>                                                                                                                                   |                                                                  |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA OJCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                     |                                                                  |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ OJCA                                                                                                                                                    |                                                                  |

### D. MATKA OSOBY SPRAWDZANEJ

|                                                                                                            |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1. NAZWISKO MATKI<br><i>KOZŁOWSKA</i>                                                                      | 2. PIERWSZE IMIĘ MATKI<br><i>BARBARA</i>                           |
| 3. DRUGIE IMIĘ MATKI<br><i>LUCYNA</i>                                                                      | 4. NAZWISKO RODOWE MATKI<br><i>DZIEDZIC</i>                        |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) MATKI<br><i>28-04-1930</i>                                                  | 6. MIEJSCE URODZENIA MATKI (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)<br><i>TARNÓW</i> |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ MATKĘ (OD KIEDY?)<br><i>NIE ŻYJE</i>                                       |                                                                    |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ MATKĘ (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                     |                                                                    |
| 9. NR PESEL MATKI                                                                                          |                                                                    |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA MATKI (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |                                                                    |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA MATKI                                                                       |                                                                    |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA MATKI (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)        |                                                                    |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ MATKĘ                                                                       |                                                                    |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

### E. RODZEŃSTWO OSOBY SPRAWDZANEJ

#### E. 1.

1. CZY POSIADA PANI (PAN) RODZEŃSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 15.)

TAK

NIE

2. NAZWISKO SIOSTRY (BRATA)\* (\*niewłaścive skreślić)

*KOZŁOWSKI*

3. PIERWSZE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\*

*STEFAN*

4. DRUGIE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\*

*JAN*

5. NAZWISKO RODOWE SIOSTRY (BRATA)\*

*KOZŁOWSKI*

6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) SIOSTRY (BRATA)\*

*27-07-1959*

7. MIEJSCE URODZENIA SIOSTRY (BRATA)\*  
(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)

*KRAKÓW*

8. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY?)

*POLSKIE, od urodzenia 27-07-1959r.*

9. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY – DO KIEDY?)

*INNYCH NIE POSIADAŁ*

10. NR PESEL SIOSTRY (BRATA)\*

*59072703443*

11. ADRES ZAMIESZKANIA SIOSTRY (BRATA)\* (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

*UL. KOPERNIKA 43/45 M. 13, 85-798 BYDGOSZCZ TEL. (52) 5370344*

12. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)\*

*KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI*

13. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)\* (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

*UL. ANDERSA 3, 85-798 BYDGOSZCZ TEL. (52) 6780389*

14. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\*

*SZEF WYDZIAŁU*

15. CZY POSIADA PANI/PAN INNE RODZEŃSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt E. 2.)

TAK

NIE

### E. RODZEŃSTWO OSOBY SPRAWDZANEJ

#### E. 2.

1. NAZWISKO SIOSTRY (BRATA)\* (\*niewłaścive skreślić)

*STAWECKA*

2. PIERWSZE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\*

*KRYSTYNA*

3. DRUGIE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\*

*JADWIGA*

4. NAZWISKO RODOWE SIOSTRY (BRATA)\*

*KOZŁOWSKA*

5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) SIOSTRY (BRATA)\*

*31-07-1960*

6. MIEJSCE URODZENIA SIOSTRY (BRATA)\*  
(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)

*BYDGOSZCZ*

7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY?)

*POLSKIE, od 31-07-1960r.*

8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY – DO KIEDY?)

*NIE WIEM – NIE UTRZYMUJĘ KONTAKTÓW*

9. NR PESEL SIOSTRY (BRATA)\*

*NIE WIEM – NIE UTRZYMUJĘ KONTAKTÓW*

10. ADRES ZAMIESZKANIA SIOSTRY (BRATA)\* (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

*NIE WIEM – NIE UTRZYMUJĘ KONTAKTÓW, KATOWICE, POLSKA*

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY ( <del>BRATA</del> )*                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| <i>NIE WIEM – NIE UTRZYMUJĘ KONTAKTÓW</i>                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY ( <del>BRATA</del> )* (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                  |                                                              |
| <i>NIE WIEM – NIE UTRZYMUJĘ KONTAKTÓW</i>                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ SIOSTRĘ ( <del>BRATA</del> )*                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| <i>NIE WIEM – NIE UTRZYMUJĘ KONTAKTÓW</i>                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| 14. CZY POSIADA PANI (PAN) INNE RODZĘŃSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt E. 2.) |                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                      |
| <b>F. DZIECI OSOBY SPRAWDZANEJ</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <i>W sytuacji gdy mamy więcej Rodzeństwa i zaznaczymy „TAK” musimy załączyć d ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według pkt E.2. podpunkty od 1 do 14</i>                                                                                   |                                                              |
| <b>F. 1.</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 15.)                                                              |                                                              |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                      | NIE <input type="checkbox"/>                                 |
| 2. NAZWISKO CÓRKI (SYNA)* (*niewłaściwe skreślić)                                                                                                                                                                                            | 3. PIERWSZE IMIĘ CÓRKI (SYNA)*                               |
| <i>KOZŁOWSKI</i>                                                                                                                                                                                                                             | <i>JAN</i>                                                   |
| 4. DRUGIE IMIĘ CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                                 | 5. NAZWISKO RODOWE CÓRKI (SYNA)*                             |
| <i>JÓZEF</i>                                                                                                                                                                                                                                 | <i>KOZŁOWSKI</i>                                             |
| 6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                 | 7. MIEJSCE URODZENIA CÓRKI (SYNA)*<br>(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| <i>05-06-1974</i>                                                                                                                                                                                                                            | <i>BYDGOSZCZ</i>                                             |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA) * (OD KIEDY?)                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| <i>POLSKIE, od 05-06-1974r.</i>                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
| 9. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ CÓRKĘ (SYNA) * (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                                                                                                                                              |                                                              |
| <i>INNYCH NIE POSIADAŁ</i>                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| 10. NR PESEL CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| <i>74060532343</i>                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 11. ADRES ZAMIESZKANIA CÓRKI (SYNA)* (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                           |                                                              |
| <i>UL. NORWIDA 12 M. 4, 05-174 SKIERNIEWICE, POLSKA, TEL. 601 234 677</i>                                                                                                                                                                    |                                                              |
| 12. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| <i>SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2</i>                                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 13. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)* (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                  |                                                              |
| <i>UL. MATEJKI 34, 05-174 SKIERNIEWICE, POLSKA, TEL. (40) 6785343</i>                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 14. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA) *                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| <i>NAUCZYCIEL FIZYKI</i>                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |
| 15. CZY POSIADA PANI/PAN INNE DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt F. 2.)                                                             |                                                              |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                      | NIE <input type="checkbox"/>                                 |
| <b>F. DZIECI OSOBY SPRAWDZANEJ</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <b>F. 2.</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 1. NAZWISKO CÓRKI (SYNA)* (*niewłaściwe skreślić)                                                                                                                                                                                            | 2. PIERWSZE IMIĘ CÓRKI (SYNA) *                              |
| <i>KOZŁOWSKA</i>                                                                                                                                                                                                                             | <i>HANNA</i>                                                 |
| 3. DRUGIE IMIĘ CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                                 | 4. NAZWISKO RODOWE CÓRKI (SYNA)*                             |
| <i>ANNA</i>                                                                                                                                                                                                                                  | <i>KOZŁOWSKA</i>                                             |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                | 6. MIEJSCE URODZENIA CÓRKI (SYNA)*<br>(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| <i>08-11-1990</i>                                                                                                                                                                                                                           | <i>BYDGOSZCZ</i>                                             |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)* (OD KIEDY?)                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| <i>POLSKIE, od urodzenia 08-11-1990r.</i>                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)* (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                                                                                                                                              |                                                              |
| <i>INNYCH NIE POSIADAŁA</i>                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 9. NR PESEL CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                                   | <i>90110856845</i>                                           |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA CÓRKI (SYNA)* (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                          |                                                              |
| <i>UL. RAKOWIECKA 5 POK. 11, 02-183 WARSZAWA, POLSKA, TEL. (22) 7845477</i>                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)*                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| <i>SZKOŁA GŁÓWNA GOSPODARSTWA WIEJSKIEGO</i>                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)* (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                 |                                                              |
| <i>UL. NOWOURSYNOWSKA 159, 02-776 WARSZAWA, POLSKA, TEL. (22) 593 20 50</i>                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)*                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| <i>STUDENTKA II ROKU, TECHNOLOGIA ŻYWIENIA</i>                                                                                                                                                                                              |                                                              |
| 14. CZY POSIADA PANI/PAN INNE DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt F. 2.)   |                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |                                                              |
| <b>G. WSPÓLMIESZKAŃCY OSOBY SPRAWDZANEJ</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| <b>G. 1.</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 1. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – F. TEJ CZĘŚCI ANKIETY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 20.) |                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 2. OKREŚLENIE POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA WSPÓLMIESZKAŃCA Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ                                                                                                                                                             |                                                              |
| 3. NAZWISKO WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 4. PIERWSZE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| 5. DRUGIE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
| 6. NAZWISKO RODOWE WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
| 7. IMIĘ OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 8. NAZWISKO OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| 9. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                     |                                                              |
| 10. IMIĘ MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
| 11. NAZWISKO MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
| 12. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| 13. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                             |                                                              |
| 14. MIEJSCE URODZENIA WSPÓLMIESZKAŃCA<br>(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO)                                                                                                                                                                             |                                                              |
| 15. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY?)                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 16. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                                                                                                                                           |                                                              |

Gdy mamy więcej dzieci powyżej 15 lat i zaznaczymy pole „TAK” to do ankiety dołączamy dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt F.2. ppkt od I do I4.

Jeżeli zaznaczymy „NIE” to pkt G1. i G2. nie wypełniamy



**ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 17. NR PESEL WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 18. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |
| 19. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| 20. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |
| 21. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – G.1. TEJ CZĘŚCI ANKIETY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt G.2.)                                                          |                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIE <input type="checkbox"/>                                 |
| <b>G. WSPÓLMIESZKAŃCY OSOBY SPRAWDZANEJ</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |
| <b>G.2.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |
| 1. OKREŚLENIE POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA WSPÓLMIESZKAŃCA Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |
| 2. NAZWISKO WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3. PIERWSZE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA                             |
| 4. DRUGIE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5. NAZWISKO RODOWE WSPÓLMIESZKAŃCA                           |
| 6. IMIĘ OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                                        | 7. NAZWISKO OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA                             |
| 8. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                             | 9. IMIĘ MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA                                |
| 10. NAZWISKO MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA                    |
| 12. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                     | 13. MIEJSCE URODZENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 14. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY?)                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 15. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY – DO KIEDY?)                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |
| 16. NR PESEL WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
| 17. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |
| 18. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| 19. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |
| 20. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – G.2. TEJ CZĘŚCI ANKIETY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt G.2.) |                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIE <input type="checkbox"/>                                 |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

### CZĘŚĆ III: DANE DOTYCZĄCE HISTORII ŻYCIA ZAWODOWEGO I OSOBISTEGO

1. CZY BYŁA PANI ZATRUDNIONA (BYŁ PAN ZATRUDNIONY) LUB PROWADZIŁA PANI (PROWADZIŁ PAN) DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę)

TAK

NIE

| daty zatrudnienia<br>lub prowadzenia działalności gospodarczej (od – do) | nazwa miejsca zatrudnienia (firmy)     | zajmowane stanowiska             |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <i>28.09.1973 ÷ 19.10.1987</i>                                           | <i>23 BATALION<br/>RADIOTECHNICZNY</i> | <i>DOWÓDCA<br/>RADIOLINI 404</i> |
| <i>08.06.1987 ÷ 19.10.1993</i>                                           | <i>BRYGADA RADIOTECHNICZNA</i>         | <i>DOWÓDCA<br/>BATALIONU</i>     |
| <i>03.03.1993 ÷ 05.08.1997</i>                                           | <i>8 PUŁK LOTNICZY</i>                 | <i>SZEF SZTABU<br/>PUŁKU</i>     |
| <i>06.08.1997 ÷ DO CHWILI OBECNEJ</i>                                    | <i>JEDNOSTKA WOJSKOWA 4191</i>         | <i>SZEF WYDZIAŁU</i>             |
| <i>Ewentualnie podać<br/>miesiąc i rok</i>                               |                                        |                                  |
|                                                                          |                                        |                                  |
|                                                                          |                                        |                                  |

2. CZY POSIADAŁA PANI (POSIADAŁ PAN) LUB POSIADA PANI (PAN) DOSTĘP DO INFORMACJI NIEJAWNYCH?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę)

TAK

NIE

| daty dostępu do informacji niejawnych<br>(od – do) | nazwa miejsca zatrudnienia<br>(jednostki i komórki organizacyjnej), w której posiadała<br>Pani (posiadał Pan) lub posiada<br>Pani (Pan) dostęp do informacji<br>niejawnych | nazwa i nr dokumentu<br>upoważniającego do<br>dostępu do informacji<br>niejawnych, nazwa<br>organu, który wydał ten<br>dokument, data wydania<br>dokumentu | klauzula tajności, do<br>jakiej miała Pani<br>(miał Pan) w<br>przeszłości lub ma<br>Pani (Pan) obecnie<br>dostęp |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>03.03.1993 ÷ 05.08.1997</i>                     | <i>8 PUŁK LOTNICZY,<br/>SZTAB PUŁKU</i>                                                                                                                                    | <i>POŚWIADCZENIE<br/>BEZPIECZEŃSTWA,<br/>SKW, NR 01278,<br/>04.05.1993</i>                                                                                 | <i>TAJNE</i>                                                                                                     |
| <i>06.08.1997 ÷ DO CHWILI OBECNEJ</i>              | <i>JEDNOSTKA WOJSKOWA<br/>NR 4191, SZEF WYDZIAŁU<br/>INFRASTRUKTURY</i>                                                                                                    | <i>POŚWIADCZENIE<br/>BEZPIECZEŃSTWA,<br/>SKW, NR 61278,<br/>09.10.2005</i>                                                                                 | <i>TAJNE</i>                                                                                                     |
| <i>Ewentualnie podać<br/>miesiąc i rok</i>         | <i>Koniecznienie podawać<br/>jednostkę i komórkę<br/>organizacyjną</i>                                                                                                     |                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |
|                                                    |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |
|                                                    |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 3.1. WYKSZTAŁCENIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3.2. STOPIEŃ LUB TYTUŁ NAUKOWY (STOPNIE LUB TYTUŁY NAUKOWE)                                            |                             |
| <i>WYŻSZE</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <i>MAGISTER INŻYNIER</i>                                                                               |                             |
| 3.3. PROSZĘ PODAĆ NAZWY SZKÓŁ I KURSÓW ZAGRANICZNYCH, KTÓRE UKOŃCZYŁA PANI (UKOŃCZYŁ PAN) BĘDĄC OSOBĄ DOROSŁĄ (LUB GDY OSTATNIA SZKOŁĘ UKOŃCZYŁA PANI (UKOŃCZYŁ PAN) PRZED UPŁYWEM 18 ROKU ŻYCIA – PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ OSTATNIEJ UKOŃCZONEJ PRZEZ PANIĄ (PANA) SZKOŁY) ORAZ NAZWY SZKÓŁ I KURSÓW ZAGRANICZNYCH, GDZIE UCZY SIĘ PANI (PAN) OBECNIE |                                                                                                        |                             |
| daty nauki (od – do)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | nazwa i adres szkoły                                                                                   | uzyskane dokumenty          |
| <i>1963 - 1967</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>TECHNIKUM EKONOMICZNE<br/>IM. S. BATOREGO<br/>UL. MATEJKI 43, 74-455 KRAKÓW</i>                     | <i>TECHNIK<br/>EKONOMI</i>  |
| <i>1968 - 1973</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>WYŻSZA SZKOŁA OFICERSKA<br/>RADIOTECHNICZNA<br/>UL. ŚWIERCZEWSKIEGO 78,<br/>65-713 JELENIA GÓRA</i> | <i>INŻYNIER<br/>DOWÓDCA</i> |
| <i>1990 - 1993</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ<br/>AL. CHRUŚCIELA 10, 61-875<br/>WARSZAWA</i>                            | <i>MAGISTER</i>             |
| <div style="border: 1px solid cyan; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="color: red; margin: 0;">Ewentualnie podać<br/>miesiąc i rok</p> </div>                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                             |
| 4. CZY BYŁA PANI (BYŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI – BĘDĄC OSOBĄ DOROSŁĄ – LUB JEST PANI (PAN) OBECNIE CZŁONKIEM PARTII POLITYCZNYCH, STOWARZYSZEŃ, INNYCH ORGANIZACJI SPOŁECZNYCH ALBO WŁADZ FUNDACJI?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę)                                    |                                                                                                        |                             |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">NIE <input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                        |                             |
| daty członkostwa<br>(od – do)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | nazwa i adres organizacji                                                                              | pełniona funkcja            |
| <i>1972 ÷ 1982</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>PZPR</i>                                                                                            | <i>CZŁONEK</i>              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                             |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

5. PROSZĘ PODAĆ ADRESY, POD KTÓRYMI ZAMIESZKIWAŁA PANI (ZAMIESZKIWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 ROKU ŻYCIA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 30 DNI

| daty zamieszkania<br>(od – do)     | adres                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| od 28-03-1967<br>do 15-05-1973     | UL. STAWKI 11 M. 43, 85-799 WARSZAWA, POLSKA          |
| od 16-05-1974<br>do 15-01-1988     | UL. PODSKARBIŃSKA 14 M. 32, 82-769 WARSZAWA, POLSKA   |
| od 16-01-1988<br>do 15-01-1998     | UL. STASZICA 1 M. 102, 85-799 BYDGOSZCZ, POLSKA,      |
| od 16-01-1998<br>do 29-09-2004     | UL. FRANCISZKA KAWY 1 M. 102, 86-769 WARSZAWA, POLSKA |
| od 30-09-2004<br>do 22-05-2005     | VIA APIA 5/42, 43578 ROMA, WŁOCHY, RZYM,              |
| od 23-05-2005<br>do chwili obecnej | UL. FRANCISZKA KAWY 1 M. 102, 86-769 WARSZAWA, POLSKA |

Ewentualnie podawać  
miesiąc i rok

Punkt 1. Części IV: ankiety  
wypełniają tylko osoby urodzone  
przed dniem 1 sierpnia 1972 r.

### CZĘŚĆ IV: DANE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA

1. CZY W LATACH 1944 – 1990 BYŁA PANI (BYŁ PAN) PRACOWNIKIEM LUB TAJNYM WSPÓŁPRACOWNIKIEM ORGANÓW BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 18 PAŹDZIERNIKA 2006 R. O UJAWNIANIU INFORMACJI O DOKUMENTACH ORGANÓW BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA Z LAT 1944 – 1990 ORAZ TREŚCI TYCH DOKUMENTÓW (DZ. U. Z DNIA 30 LISTOPADA 2006 R. NR 218, POZ. 1592, Z PÓŹN. ZM.)?  
**(UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA TO PYTANIE – PRZEZ ANALOGIĘ DO ART. 9 CYT. USTAWY – JEST Z MOCY PRAWA ZWOLNIONE Z ZACIĄGNIĘTYCH WCZEŚNIEJ ZOBOWIĄZAŃ DO ZACHOWANIA TAJEMNICY)**  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)

TAK

NIE

2. CZY BYŁA PANI KARANA (BYŁ PAN KARANY) ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO (Z WYJĄTKIEM PRZYPADKÓW, KTÓRE ULEGŁY ZATARCIU)?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.4.)

TAK

NIE

2.1. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ ORZECZENIE

2.2. DATA ORZECZENIA (DD-MM-RRRR)

- -

2.3. OKREŚLENIE PRZESTĘPSTWA, ZA POPEŁNIENIE KTÓREGO BAŁA PANI KARANA (BYŁ PAN KARANY)

2.4. CZY BYŁA PANI KARANA (BYŁ PAN KARANY) ZA POPEŁNIENIE INNEGO, NIŻ PRZYPADEK WSKAZANY W PKT 2. - 2.3. PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO (Z WYJĄTKIEM PRZYPADKÓW, KTÓRE ULEGŁY ZATARCIU)?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1 - 2.3.)

TAK

NIE

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 3. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIA O UKARANIE ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 3.1. – 3.4.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                             |                                                             |
| 3.1. NAZWA ORGANU, KTÓRY PROWADZI SPRAWĘ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| 3.2. NR SPRAWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                        | 3.3. OKREŚLENIE, W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM POPEŁNIENIA JAKIEGO PRZESTĘPSTWA TOCZY SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIE |                                                             |
| 3.4. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) INNE, NIŻ WSKAZANE W PKT 3. – 3.3. POSTĘPOWANIA O UKARANIE ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1 – 3.3.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | NIE <input type="checkbox"/>                                                                                        |                                                             |
| 3.5. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIA DYSCIPLINARNE W ZWIĄZKU Z NARUSZENIEM PRZEPISÓW O OCHRONIE INFORMACJI NIEJAWNYCH? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                             |                                                             |
| 4. CZY KIEDYKOLWIEK STWIERDZIŁA PANI (STWIERDZIŁ PAN) FAKT ZAINTERESOWANIA SVOJĄ OSOBĄ ZE STRONY ZAGRANICZNYCH SŁUŻB SPECJALNYCH LUB INNYCH OBCYCH INSTYTUCJI APARATU ŚCIGANIA (POLICJA, STRAŻ GRANICZNA) BĄDŹ GRUP ZORGANIZOWANEJ PRZESTĘPCZOŚCI (POLSKICH LUB ZAGRANICZNYCH)? CZY WIADOMO PANI (PANU) COŚ O ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH SWOIM WSPÓŁMAŁŻONKIEM LUB PARTNEREM (PARTNERKA), INNYMI OSOBAMI POZOSTAJĄCYMI WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYMI CZŁONKAMI RODZINY? JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONE Z PANIĄ (PANEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZAJĄCE.<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                             |                                                             |
| 5. CZY KIEDYKOLWIEK PODCZAS POBYTU ZA GRANICĄ BYŁA PANI WYPYTYWANA (BYŁ PAN WYPYTYWANY) LUB W INNY SPOSÓB INDAGOWANA (INDAGOWANY) PRZEZ OBCE WŁADZE (IMIGRACYJNE, SKARBOWE, INNE) NA TEMATY ZWIĄZANE Z ZAGADNIENIAMI BEZPIECZEŃSTWA LUB OBRONNOŚCI PAŃSTWA? CZY WIADOMO PANI (PANU) COŚ O ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH WOBEC SWOJEGO WSPÓŁMAŁŻONKA, PARTNERA (PARTNERKI) LUB INNYCH OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYCH CZŁONKÓW RODZINY? JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH DALSZYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONE Z PANIĄ (PANEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZAJĄCE.<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)           |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                             |                                                             |
| 6. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA) PRZEBYWALIŚCIE ZA GRANICĄ DŁUŻEJ NIŻ 30 DNI PO UKOŃCZENIU 18 LAT?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        | NIE <input type="checkbox"/>                                                                                        |                                                             |
| imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | daty pobytu<br>(od – do)               | miejsce (kraj, miejscowość)<br>i adres pobytu                                                                       | powód pobytu                                                |
| <i>JÓZEF KOZŁOWSKI</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <i>od 30-09-2004<br/>do 22-05-2005</i> | <i>WŁOCHY, RZYM, VIA APPIA 5/42<br/>43578 ROMA</i>                                                                  | <i>STUDIUM DOWÓDCZO-SZTABOWE<br/>CENTRUM SZKOLENIA NATO</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                                                                                                     |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                                                                                                     |                                                             |

Jeżeli wybieramy pole „NIE” to pkt 3.1. – 3.4. nie wypełniamy.



## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

### CZĘŚĆ V: DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Osoby ubiegające się o wydanie poświadczenia bezpieczeństwa upoważniającego do dostępu do informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „POUFNE” lub stanowiącą jej odpowiednik klauzulą tajności organizacji międzynarodowej; czyli osoby objęte zwykłym postępowaniem sprawdzającym – **NIE WYPEŁNIAJĄ** Części V; VI i VII.

1. CZY KIEDYKOLWIEK BYŁA PANI PODDANA (BYŁ PAN PODDANY) BADANIU PO KTORYM OKREŚLONO PANI (PANU) KATEGORIĘ ZDROWIA (NP. W WOJSKU, W MSWiA, ABW, AW, CBA, SKW, SWW)?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 1.1. – 1.2.)

TAK  NIE

1.1. CZY W WYNIKU BADANIA WSKAZANEGO W PKT 1 UZNANO PANIĄ ZA ZDOLNĄ (PANA ZA ZDOLNEGO) DO SŁUŻBY?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)

TAK  NIE

1.2. KATEGORIA ZDROWIA PRZYZNANA PANI (PANU) W BADANIU WSKAZANYM W PKT 1. - 1.1.

**A1**

2. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA CHOROBY PSYCHICZNE?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.6.)

TAK  NIE

Jeżeli zaznaczamy pole „NIE” to pkt 2. i 3. związanego z chorobami psychicznymi nie wypełniamy.

2.1. NAZWA CHOROBY

2.2. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)

2.3. CZY W ZWIĄZKU Z CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. - 2.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.4. – 2.6.)

TAK  NIE

2.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2. (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2.)

2.5. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN) LECZONY W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 2.4. (LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 2.4.)?

2.6. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA CHOROBY PSYCHICZNE INNE, NIŻ WSKAZANE W PKT 2. – 2.5.?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1. – 2.5.)

TAK  NIE

3. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA INNE NIŻ CHOROBY PSYCHICZNE DOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY, POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 3.1. – 3.6.)

TAK  NIE

3.1. NAZWA DOLEGLIWOŚCI (CHOROBY)

3.2. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)

3.3. CZY W ZWIĄZKU Z DOLEGLIWOŚCIĄ (CHOROBA) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 3.4. – 3.5.)

TAK  NIE

3.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU DOLEGLIWOŚCIĄ (CHOROBA) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2. (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2.)

3.5. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN) LECZONY W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 3.4. (LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 3.4.)

3.6. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA INNE NIŻ CHOROBY PSYCHICZNE DOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY, POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH, NIEWSKAZANE WCZEŚNIEJ W PKT 3. – 3.5.?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1. – 3.5.)

TAK  NIE

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 4. CZY ZAŻYWA PANI (PAN) LUB ZAŻYWAŁA PANI (ZAŻYWAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI ŚRODEK ODURZAJĄCY LUB SUBSTANCJĘ PSYCHOTROPOWĄ?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.1. – 4.7.)                                                                                                                                                              |                                                                |                                         |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | NIE <input type="checkbox"/>            |
| 4.1. NAZWA ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4.2. ILE RAZY I W JAKIEJ DAWCE?                                | 4.3. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)         |
| KOKAINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SPORADYCZNIE                                                   | od 05-1967 do 09-1967                   |
| 4.4. CZY W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.5. – 4.7.)                                                                     |                                                                |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| W sytuacji zaznaczenia pola „NIE” pkt 4.5. ÷ 4.7 nie wypełniamy.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                         |
| 4.5. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ)                                                                                                                                                      |                                                                |                                         |
| 4.6. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN LECZONY) W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 4.5.? (LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 4.5.)                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                         |
| 4.7. CZY ZAŻYWA LUB ZAŻYWAŁA PANI (ZAŻYWAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ, NIEWSKAZANYCH WCZEŚNIEJ W PKT 4. – 4.6.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 4.1.– 4.6.)                                                                      |                                                                |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                | NIE <input type="checkbox"/>            |
| 5. CZY SPOŻYWA PANI (PAN) ALBO SPOŻYWAŁA PANI (SPOŻYWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 LAT ALKOHOŁ W ILOŚCIACH POWODUJĄCYCH UTRATĘ ŚWIADOMOŚCI?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 5.1. -                                                                                                                                                    |                                                                |                                         |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | NIE <input type="checkbox"/>            |
| 5.1. JAK CZĘSTO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5.2. W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH?                                 |                                         |
| JEDEN RAZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NA IMPREZIE OKOLICZNOŚCIOWEJ W DOMU RODZINNYM                  |                                         |
| 6. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT SPOŻYWANIE ALKOHOŁU BYŁO KIEDYKOLWIEK PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW W PANI (PANA) PRACY LUB W ŻYCIU PRYWATNYM?                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 6.2. KIEDY?                                                    |                                         |
| 7. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOŁU LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.3.)                                                                                                           |                                                                |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Jeżeli zaznaczymy pole „NIE” to pkt 7.1. ÷ 7.3. nie wypełniamy |                                         |
| 7.2. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOŁU (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOŁU)                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                |                                         |
| 7.3. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOŁU, POZA PRZYPADKAMI WSKAZANYMI W PKT 7. – 7.2., LECZY SIĘ PANI (PAN), ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. – 7.2.) |                                                                |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                | NIE <input type="checkbox"/>            |



**CZĘŚĆ VI: DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI MAJĄTKOWO-FINANSOWEJ**

1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACY WSKAZANYM W CZ. I PKT 18.1. – 18.3.

*5000 Zł (pięć tysięcy złotych) netto*

1a. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACY WSKAZANYM W CZ. I PKT 18.4.

2. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1 i 1.1 UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI (*np. dochody otrzymywane bez świadczenia pracy, emerytury, renty, zasiłki, renty zagraniczne, dywidendy od posiadanych papierów wartościowych, odsetki od lokat bankowych – jeżeli miesięczny zysk przekracza 100 złotych (PLN), zyski z obrotu akcjami na giełdzie, zyski z udziałów w funduszach powierniczych, dochody z wynajmu nieruchomości, wygrane w grach losowych – o wysokości ponad 20.000 złotych (PLN), honoraria za publikacje lub z działalności dydaktycznej, dochody z realizacji umów zleconych, i inne*)  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.2.)

TAK

NIE

2.1. RODZAJ DOCHODU LUB ZYSKU

*ODSETKI OD LOKATY BANKOWEJ*

2.2. WYSOKOŚĆ WYPŁACANYCH PANI (PANU) DOCHODÓW LUB ZYSKÓW

*620 Zł (miesięcznie)*

2.3. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1. – 2.2. UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety

TAK

NIE

3. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH PANI (PANU) WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUB ZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY

*63600 Zł (sześćdziesiąt trzy tysiące sześćset złotych) - netto*

4. CZY Z RACJI ZAJMOWANEGO OBECNIE LUB W PRZESZŁOŚCI STANOWISKA BYŁA PANI (BYŁ PAN) ZOBOWIĄZANA (ZOBOWIĄZANY) SKŁADAĆ OŚWIADCZENIA O STANIE MAJĄTKOWYM?  
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.1. – 4.2.)

TAK

NIE

4.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)

*2008 - 2010*

4.2. KOMU? (PROSZĘ WSKAZAĆ WŁAŚCIWY ORGAN)

*KOMENDA GŁÓWNA ŻANDARMERII WOJSKOWEJ*

5. CZY SWOJE GOSPODARSTWO DOMOWE PROWADZI PANI SAMA (PAN SAM)?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” proszę wypełnić pkt 5.1. – 5.6.)

TAK

NIE

5.1. IMIĘ OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE

*EWA*

5.2. NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE

*KOZŁOWSKA*

5.3. NR PESEL OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE

*70041903443*

5.4. NIP OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE

*572-051-05-50*

5.5. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH OSOBIE WSKAZANEJ W PKT 5.1. – 5.4. WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUB ZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY

*34560 Zł (trzydzieści cztery tysiące pięćset sześćdziesiąt złotych)*

5.6. PROSZĘ PODAĆ LICZBĘ OSÓB POZOSTAJĄCYCH NA PANI (PANA) UTRZYMANIU

*1 - dziecko*

6. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.1. - 6.11.)

TAK

NIE

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI                                   |
| <i>JÓZEF i EWA</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>KOZŁOWSCY</i>                                                                           |
| 6.3. NAZWA NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                            |
| <i>DZIAŁKA REKREACYJNA</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |
| 6.4. ADRES NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                            |
| <i>01-131 ZEGRZE K. WARSZAWY</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |
| 6.5. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |
| <i>AKT NOTARIALNY Nr rep. A 234/2000/ZG</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |
| 6.6. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 6.7. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI                                            |
| <i>100%</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <i>OSZCZĘDNOŚCI</i>                                                                        |
| 6.8. SPOSÓB NABYCIA NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 6.9. DATA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI                                                            |
| <i>ZAKUP</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <i>12.10.2010 r.</i>                                                                       |
| 6.10. CENA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |
| <i>130000 Zł (sto trzydzieści tysięcy złotych)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |
| 6.11. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE (POZA WSKAZANYMI W PKT 6.1. – 6.10.) NIERUCHOMOŚCI?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.12. – 6.22.)                                                     |                                                                                            |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
| 6.12. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                            | 6.13. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.          |
| <i>EWA</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>KOZŁOWSKA</i>                                                                           |
| 6.14. NAZWA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| <i>MIESZKANIE</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |
| 6.15. ADRES NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| <i>UL. STASZICA 1 M. 102, 85-799 BYDGOSZCZ, POLSKA,</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |
| 6.16. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |
| <i>AKT NOTARIALNY Nr rep. A 5234/1999/ZG</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |
| 6.17. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 6.18. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                     |
| <i>100%</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <i>SPADEK</i>                                                                              |
| 6.19. SPOSÓB NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6.20. DATA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                     |
| <i>SPADEK</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <i>grudzień 1999 r.</i>                                                                    |
| 6.21. CENA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |
| <i>SPADEK – według Urzędu Skarbowego Bydgoszcz 215000 (dwieście piętnaście tysięcy)</i>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |
| 6.22. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE (POZA WSKAZANYMI W PKT 6.1 – 6.21.) NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 6.1. – 6.10.) |                                                                                            |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
| 7. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE FIRMĘ (PRZEDSIĘBIORSTWO) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.10.)                               |                                                                                            |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
| 7.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)                                                                                                                                                                                                                                                   | 7.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| 7.3. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA), KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.1. – 7.2. JEST WŁAŚCIELEM LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY)                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |

Jeżeli zaznaczymy „NIE” to nie wypełniamy pkt 7.1. ÷ 7.20.

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.4. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB LICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 7.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)                                             |
| 7.6. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 7.7. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)                                                     |
| 7.8. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 7.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)                                        |
| 7.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.9., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.11. – 7.20.)                                                      |                                                                                                                     |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
| 7.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.10.                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 7.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.10. |
| 7.13. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA), KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.11. – 7.12. JEST WŁAŚCIELEMI LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| 7.14. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB LICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 7.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.             |
| 7.16. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 7.17. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.13.                            |
| 7.18. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW), WSKAZANYCH W PKT 7.13.               |
| 7.20. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.19., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. – 7.9.) |                                                                                                                     |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
| 8. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 8.1. – 8.10.)                                                                                       |                                                                                                                     |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
| 8.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) RUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) RUCHOMOŚCI                                                             |
| <i>JÓZEF</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>KOZŁOWSKI</i>                                                                                                    |
| 8.3. NAZWA RUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |
| <i>SAMOCHÓD OSOBOWY CITROEN C4</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     |
| 8.4. % WŁASNOŚCI RUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 8.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA RUCHOMOŚCI                                                                        |
| <i>100%</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <i>KREDYT</i>                                                                                                       |
| 8.6. SPOSÓB NABYCIA RUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 8.7. DATA NABYCIA RUCHOMOŚCI                                                                                        |
| <i>ZAKUP</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>30.12.2009</i>                                                                                                   |
| 8.8. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ RUCHOMOŚCI                                                                           |
| <i>48000 ZŁ (czterdzieści osiem tysięcy)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>35000 ZŁ (trzydzieści pięć tysięcy)</i>                                                                          |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 8.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.9., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 8.11. – 8.19.)                                                      |                                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |
| 8.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 8.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |
| 8.13. NAZWA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |
| 8.14. % WŁASNOŚCI RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA RUCHOMOŚCI, WSKAZANEJ W PKT 8.10.         |
| 8.16. SPOSÓB NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 8.17. DATA NABYCIA WSKAZANEJ W PKT 8.10.                                     |
| 8.18. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 8.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.             |
| 8.20. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.19., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 8.1. – 8.9.) |                                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |
| 9. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓŁPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 9.1. – 9.5.)                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |
| 9.1. STATUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |
| JEDYNY WŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/> WSPÓŁWŁAŚCICIEL <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |
| 9.2. NAZWA BANKU<br><i>MBANK, BANKOWOŚĆ DETALICZNA BRE BANKU S.A.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                              |
| 9.3.. ADRES BANKU<br><i>Skrytka Poczтовая 2108, 90-959 Łódź 2</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |
| 9.4. NUMER RACHUNKU<br><i>44 6783 7865 7543 9000 9732 8903</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |
| 9.5. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓŁPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH – INNYCH, NIŻ WSKAZANE W PKT 9. – 9.4.?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 9.6. – 9.10.)                                                                                                                                                              |                                                                              |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |
| 9.6. STATUS – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                              |
| JEDYNY WŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/> WSPÓŁWŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |
| 9.7. NAZWA BANKU – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                              |
| 9.8. ADRES BANKU – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                              |
| 9.9. NUMER RACHUNKU Z PKT 9.5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |

\Gdy zaznaczymy „NIE” to pkt 9.6. ÷ 9.10. nie wypełniamy.

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 9.10. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓLPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH – INNYCH, NIŻ WSKAZANE W PKT 9. – 9.9.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 9.1. – 9.4.)                                                                                                 |                                                                                   |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                   |
| 10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE JESTEŚCIE ZADŁUŻENI LUB POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE (np. kredyty, zaległości podatkowe, alimenty, spłaty hipoteki lub zastawu, należności wynikające z orzeczeń sądowych)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 10.1. – 10.14.) |                                                                                   |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
| 10.1. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10.2. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE                                    |
| JÓZEF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | KOZŁOWSKI                                                                         |
| 10.3. NAZWA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
| KREDYT SAMOCHODOWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |
| 10.4. NAZWA I NUMER DOKUMENTU, NA PODSTAWIE KTÓREGO POWSTAŁO ZOBOWIĄZANIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                   |
| UMOWA KREDYTOWA NR 3453/10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |
| 10.5. NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WIERZycIELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |
| MBANK, BANKOWOŚĆ DETALICZNA BRE BANKU S.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |
| 10.6. CAŁKOWITA KWOTA ZOBOWIĄZANIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10.7. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY                                                   |
| 48000 Zł (czterdzieści osiem tysięcy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 30000 Zł (trzydzieści tysięcy)                                                    |
| 10.8. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10.9. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATY                                            |
| 1500 Zł (jeden tysiąc pięćset złotych)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 20 (dwadzieścia)                                                                  |
| 10.10. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10.11. DATA PRZEWIDYWALNEJ CAŁKOWITEJ SPŁATY                                      |
| 30.12.2009 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30.06.2012 r.                                                                     |
| 10.12. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁO MIEJSCE OPÓŹNIENIE SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.1. – 10.11.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
| 10.13. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10.1. – 10.12.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 10.14. – 10.26.)                                                                                                         |                                                                                   |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
| 10.14. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE, WSKAZANE W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10.15. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE, WSKAZANE W PKT 10.13.            |
| JÓZEF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | KOZŁOWSKI                                                                         |
| 10.16. NAZWA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO WSKAZANEGO W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |
| POŻYCZKA Z KOLEŻEŃSKA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-POŻYCZKOWEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   |
| 10.17. NAZWA I NUMER DOKUMENTU, NA PODSTAWIE KTÓREGO POWSTAŁO ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI DŁUGOTERMINOWEJ/UZUPEŁNIAJĄCEJ/KRÓTKOTERMINOWEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |
| 10.18. NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WIERZycIELA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO WSKAZANEGO W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |
| KOLEŻEŃSKA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-POŻYCZKOWA PRZY JW. NR 4198                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |
| 10.19. CAŁKOWITA KWOTA ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 10.20. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.             |
| 18000zł (osiemnaście tysięcy złotych)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 12000zł (dwanaście tysięcy złotych)                                               |
| 10.21. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10.22. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.      |
| 1000zł (jeden tysiąc)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 12 (dwanaście)                                                                    |
| 10.23. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10.24. DATA PRZEWIDYWALNEJ CAŁKOWITEJ SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. |
| 25.08.2010 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Luty 2012 r.                                                                      |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 10.25. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁO MIEJSCE OPÓŹNIENIE SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIE <input type="checkbox"/>            |
| 10.26. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10. – 10.25.?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 10.1. – 10.12.)                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT UCZESTNICTWO W GRACH HAZARDOWYCH BYŁO KIEDYKOLWIEK PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW W PANI (PANA) PRACY LUB W ŻYCIU PRYWATNYM?<br>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 11.1. – 11.2.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11.2. KIEDY?                            |
| <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="color: red; margin: 0;">Część VII – wypełniają tylko osoby ubiegające się o wydanie poświadczenia bezpieczeństwa upoważniającego do dostępu do informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „SCISLE TAJNE” lub stanowiącą jej odpowiednik klauzulą tajności organizacji międzynarodowej.</p> <p style="color: red; margin: 0;">Osoby Polecające: - Nie mogą to być osoby, z którymi wiąże osobę sprawdzaną stosunki szczególnego zaufania (advokat, lekarz, ksiądz) oraz podwładni.</p> </div> |                                         |
| <b>CZĘŚĆ VII: OSOBY POLECAJĄCE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| <b>A.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| 1. PIERWSZE IMIĘ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2. NAZWISKO                             |
| ANDRZEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PELCZARSKI                              |
| 3. NR PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO             |
| 66121256790                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 762 756 899                             |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |
| UL. DALEKA 20/1, 26-600 RADOM, POLSKA, TEL. 762 756 899                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |
| 6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| JEDNOSTKA WOJSKOWA 3450                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |
| 7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| UL. SADKOWSKA 34, 26-600 RADOM, POLSKA, TEL. (40) 570 350                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| 8. ZAJMOWANE STANOWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |
| TECHNIK EKSPLOATACJI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |
| <b>B.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |
| 1. PIERWSZE IMIĘ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2. NAZWISKO                             |
| JAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | KOWALSKI                                |
| 3. NR PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO             |
| 65100289450                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 787899000                               |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |
| UL. ŚWIERKOWA 45 M. 23, 56-600 BYDGOSZCZ, POLSKA, TEL. 787899000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |
| 6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| TECHNIKUM SAMOCHODOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |
| 7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| UL. BITMANA 45, 56-600 BYDGOSZCZ, POLSKA, TEL. (56) 6234 678                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| 8. ZAJMOWANE STANOWISKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |
| NAUCZYCIEL MATEMATYKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| C.                                                                                                                                                                           |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. PIERWSZE IMIĘ<br><i>JAKUB</i>                                                                                                                                             | 2. NAZWISKO<br><i>WACH</i>                      |
| 3. NR PESEL<br><i>67110577654</i>                                                                                                                                            | 4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO<br><i>601277899</i> |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)<br><i>UL. BAKALIOWA 3 M. 4, 78-900 NOWY SĄCZ, POLSKA, TEL. 601277899</i> |                                                 |
| 6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA<br><i>BANK PKO S.A.</i>                                                                                                                        |                                                 |
| 7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)<br><i>UL. WISNIOWA 45, 78-900 NOWY SĄCZ, POLSKA, TEL. (34) 8575107</i>          |                                                 |
| 8. ZAJMOWANE STANOWISKO<br><i>STARSZY KASJER</i>                                                                                                                             |                                                 |

Oświadczam, iż wypełniłam (wypełniłem) ankietę osobiście, zgodnie ze swoją wiedzą, świadoma (świadomy), że ukrywanie lub podawanie niezgodnych z prawdą informacji mających znaczenie dla ochrony informacji niejawnych będzie mogło stanowić podstawę odmowy wydania mi poświadczenia bezpieczeństwa.

Oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie wobec mnie postępowania sprawdzającego według przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1228).

|                                                                          |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY<br><i>WARSZAWA, 12.02.2011 r.</i> | PODPIS OSOBY SPRAWDZANEJ<br><i>Kozłowski Józef</i> |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|