

ФОРМУЛЯР ДЛЯ КОММУНИКАЦЫЙ
FORMULARZ DO KOMUNIKACJI

<input type="checkbox"/> Заявление Wniosek BY / PL 12	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> rok, miesiąc, dzień										

1.	Instytucja, do której adresowany jest formularz
1.1.	Наименование Nazwa
1.2.	Адрес Adres

2.	Лицо, которого касается информация Osoba, której informacje dotyczą								
2.1.	Фамилия Nazwisko								
2.2.	Имя (Имена) Imię (imiona)								
2.3.	Отчество (если таковое имеется) Patronimik (jeśli dotyczy)								
2.4.	Фамилия при рождении и все другие фамилии и имена Nazwisko rodowe i inne używane nazwiska i imiona								
2.5.	Дата рождения Data urodzenia								
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>год, месяц, день rok, miesiąc, dzień</p>								
2.6.	Место жительства Miejsce zamieszkania (adres)								
2.7.	Идентификационный номер: Nr identyfikacyjny ¹ - в Республике Беларусь / w Republika Białoruś								
	- в Республике Польша / w Rzeczpospolita Polska								
2.9.	Период, за который требуется подтверждение страхового стажа Okres, przez który wymagane jest potwierdzenie okresu ubezpieczenia								
2.10.	Место рождения Miejsce urodzenia								

¹W przypadku Polski należy podać numer PESEL