Część „A" wypełnia osoba dokonująca zgłoszenia/Section A to be completed by the applicant

ZGŁOSZENIE WYMELDOWANIA Z MIEJSCA POBYTU STAŁEGO/ NOTIFICATION OF A CHANGE OF PERMANENT RESIDENCE

1. NUMER PESEL (O ILE ZOSTAŁ NADANY)/PESEL NUMBER (IF IT WAS ISSUED)

2. NAZWISKO/SURNAME

3. IMIĘ (IMIONA)/NAME (NAMES)

4. DATA URODZENIA (dd/mm/rrrr)/DATE OF BIRTH (dd/mm/yyyy) – –

5. MIEJSCE URODZENIA/PLACE OF BIRTH .....

6. ADRES DOTYCHCZASOWEGO MIEJSCA POBYTU STAŁEGO/ADDRESS OF THE PREVIOUS PLACE OF PERMANENT RESIDENCE

KOD POCZTOWY/POSTAL CODE –

MIEJSCOWOŚĆ - DZIELNICA/CITY - CITY DISTRICT .....

GMINA/COMMUNE .....

WOJEWÓDZTWO/VOIVODESHIP .....

ULICA/STREET .....

NUMER DOMU/HOUSE NUMBER

NUMER LOKALU/FLAT NUMBER

E-2 Wydawnictwa Akcydensowe S.A. Olsztyn, ul. Żelazna 3, tel. 89 533 52 13 www.wa.olsztyn.pl e-mail:biuro@wa.olsztyn.pl WŻ

7. NAZWISKO I IMIĘ PEŁNOMOCNIKA*/SURNAME AND FIRST NAME OF THE PROXY*

.....

Stwierdzam wiarygodność powyższych danych/I hereby certify that the above information is true and correct

..... (miejscowość, data)/(place, date)

..... (własnoręczny, czytelny podpis osoby zgłaszającej)/ (handwritten legible signature of the applicant)

POUCZENIE/INSTRUCTION

Zgłoszenie należy wypełnić w języku polskim, komputerowo (maszynowo) lub pismem odręcznym, kolorem niebieskim lub czarnym, drukowanymi literami./Complete the application form in Polish by typing (printing) or in handwriting, in blue or black using capital letters.

* Wypełnić w przypadku wykonywania obowiązku meldunkowego przez pełnomocnika./Complete if the registration requirement is performed by a proxy.

Część „B" wypełnia urzędnik/Section B to be completed by an official

Przyjęto zgłoszenie wymeldowania z miejsca pobytu stałego/The notification of a change of permanent residence is hereby accepted

..... (miejscowość, data)/(place, date)

..... (pieczęć i podpis urzędnika przyjmującego zgłoszenie wymeldowania z miejsca pobytu stałego)/(seal and signature of the official accepting the notification of a change of premanent residence)