**Ekumeniczna Szkoła Biblijna w Łodzi**

**ul. Ks. I. Skorupki 3**

**90-458 Łódź**

**tel. 42 6648751**

**ZGŁOSZENIE KANDYDATA**

Zgłaszam chęć podjęcia nauki w **Ekumenicznej Szkole Biblijne**j w Łodzi na rok 2025/2026.

1.Imię (imiona) i nazwisko kandydata: .......................................................................................

2.Data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................

3.Adres do korespondencji: ......................................................................................................... .......................................................................................................................................................

Nr telefonu komórkowego: ……............................; E-mail: …...................................................

4.Wykształcenie: .............................…………………….............................................................

......................................................................................................................................................

5.Zawód wykonywany: …………………………………..……………………….……….........

6.Wyznanie (dotychczasowe zaangażowanie we Wspólnocie Kościoła) ………………….…… ……..………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................

7.Osobiste uzasadnienie motywów podjęcia nauki w Ekumenicznej Szkole biblijnej w Łodzi:

……………………………………………………………………………………………….…..

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………

(miejscowość, data)

………………………………………………

(czytelny podpis uczestnika)