

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 Biblijnej** w Łodzi na rok 2024/25.

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Podpis duszpasterza własnej Wspólnoty Kościelnej (w przypadku osób duchownych przełożonego)

.....

(miejsce, data)

(czytelny podpis uczestnika)