

Koszalin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres ostatniego pobytu)

**Dom Samotnej Matki
„Dar Życia” im. św. Józefa
Caritas Diecezji Koszalińsko-
Kołobrzeskiej,
ul. Wojska Polskiego 13,
75-701 Koszalin**

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi oraz moim małoletnim dzieciom, tj.:

- , ur.

- , ur.

- , ur.

pomocy w formie pobytu w Domu Samotnej Matki, ponieważ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis osoby składającej wniosek)