|  |  |
| --- | --- |
|  | Wrocław, dn …………………… |
| ……………………………………………………  Imię i nazwisko |  |
| ……………………………………………………  ……………………………………………………  Adres zamieszkania - kod |  |
| ………………………………………………………………………  Nr telefonu |  |
|  | **ZARZĄD RODZINNYCH OGRODÓW**  **DZIAŁKOWYCH „Źródło Zdrowia”**  **we Wrocławiu** |

Proszę o przydzielenie działki nr ………. w ogrodzie nr …………………  
 i przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Związku Działkowców

……………………………………………….

podpis

Szkolenie kandydackie mogę odbyć w miesiącu …………..…20…roku