

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – WOLONTARIAT
W SZPITALU MIEJSKIM W ZABRZU SP. Z O. O.**

Zabrze, dn.

1. Dane osobowe wolontariusza

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy:
- Adres e-mail:

2. Dostępność czasowa

- Okres trwania:
- Preferowane dni tygodnia:
- Preferowane godziny:
- Deklarowana liczba godzin tygodniowo:

3. Obszar zainteresowań / preferowany oddział

.....

4. Doświadczenie i motywacja

- Czy posiada Pan/Pani wcześniejsze doświadczenie w wolontariacie?

Nie

Tak, proszę krótko opisać:

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

Dlaczego chce Pan/Pani zostać wolontariuszem w naszym szpitalu?

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

.....
Zgoda Kierownika Oddziału lub Pielęgniarki Naczelnej

.....
Podpis Prezesa lub osoby upoważnionej