

8. ADRES DOTYCHCZASOWEGO MIEJSCA POBYTU CZASOWEGO*/ADDRESS OF THE PREVIOUS PLACE OF TEMPORARY RESIDENCE*

KOD POCZTOWY/POSTAL CODE

		-			
--	--	---	--	--	--

MIEJSCOWOŚĆ - DZIELNICA/CITY - CITY DISTRICT

.....
GMINA/COMMUNE

WOJEWÓDZTWO/VOIVODESHIP

.....
ULICA/STREET

.....
NUMER DOMU/HOUSE NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMER LOKALU/FLAT NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. DATA POWROTU Z WYJAZDU POZA GRANICE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (dd/mm/rrrr)/DATE OF RETURN TO THE TERRITORY OF THE REPUBLIC OF POLAND (dd/mm/yyyy)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

10. NAZWISKO I IMIĘ PEŁNOMOCNIKA/SURNAME AND FIRST NAME OF THE PROXY****

.....
Stwierdzam wiarygondność powyższych danych/I hereby certify that the above information is true and correct

.....
(miejscowość, data)/(place/date)

.....
(własnoręczny czytelny podpis osoby zgłaszającej)/(handwritten legible signature of the applicant)

POUCZENIE/INSTRUCTION

Zgłoszenie należy wypełnić w języku polskim, komputerowo (maszynowo) lub pismem odręcznym kolorem niebieskim lub czarnym, drukowanymi literami./Complete the application form in Polish by typing (printing) or in handwriting, in blue or black using capital letters.

* W przypadku braku miejsca pobytu pozostawia się puste pole./If there is no place of stay, leave the box blank.

** Wypełnić w przypadku wykonywania obowiązku meldunkowego przez pełnomocnika./Complete if the registration requirement is performed by a proxy.

Część "B" wypełnia urzędnik/Section B to be completed by an official

**Przyjęto zgłoszenie powrotu z wyjazdu poza granice Rzeczypospolitej Polskiej trwającego dłużej niż 6 miesięcy./
The notification of return to the Republic of Poland after leaving for more than 6 months is hereby accepted.**

.....
(miejscowość, data)/(place/date)

.....
(pieczęć i podpis urzędnika przyjmującego zgłoszenie pobytu stałego)/(seal and signature of the official accepting the notification of return to the Republic of Poland after leaving for more than 6 months)