



ZGŁOSZENIE UŻYTKOWNIKA ZASOBU ARCHIWALNEGO
APPLICATION OF THE USER OF ARCHIVAL HOLDINGS

Znak pisma: OD5.6320.

Proszę wypełnić drukowanymi literami/ Please fill in the printed letters

UŻYTKOWNIK / USER	
Nazwisko i imię / Full name (please start with the surname)	
Adres miejsca zamieszkania / Address of residence (Postal Code, City, Street address)	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres miejsca zamieszkania) / Address for correspondence (Postal Code, City, Street address) (only if different than above)	
Rodzaj i numer dokumentu tożsamości / Identification card (type and number)	
Adres e-mail* / E-mail address*	
Numer telefonu* / Telephone number*	
INFORMACJE O POSZUKIWANIACH ARCHIWALNYCH / INFORMATION CONCERNING THE ARCHIVAL INQUIRY	
Temat/cel pracy (zakres przedmiotowy badań)* / Subject and goal of the work (scope of research) *	
Charakter badań* / Type of the research*	<input type="checkbox"/> naukowe / scientific <input type="checkbox"/> genealogiczne / genealogical <input type="checkbox"/> własnościowe / propriety rights <input type="checkbox"/> do celów publicystycznych / journalism <input type="checkbox"/> do celów socjalnych / social purposes <input type="checkbox"/> inne / other
OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA/ DECLARATION OF USER	
Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem korzystania z materiałów archiwalnych w Pracowni Archiwum Głównego Akt Dawnych / I have read the Rules of the use of archival materials in the Reading Room of the Central Archives of Historical Records. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym formularzu przez Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie w celu realizacji wniosku o korzystanie z zasobu archiwalnego / I consent to the processing of my personal data included in this form by the Central Archives of Historical Records in Warsaw for the purposes of the use and access to the archival holdings.	
Data / Date	Własnoręczny podpis / Signature

*dane nieobowiązkowe / *optional information