

Część II

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

5. CZY KIEDYKOLWIEK PODCZAS POBYTU ZA GRANICĄ BYŁA PANI WYPYTYWANA (BYŁ PAN WYPYTYWANY) LUB W INNY SPOSÓB INDAGOWANA (INDAGOWANY) PRZEZ OBCE WŁADZE (IMIGRACYJNE, SKARBOWE, INNE) NA TEMATY ZWIĄZANE Z ZAGADNIENIAMI BEZPIECZEŃSTWA LUB OBRONNOŚCI PAŃSTWA? CZY WIADOMO PANI (PANU) COŚ O ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH WOBEC SWOJEGO WSPÓLMAŁŻONKA, PARTNERA (PARTNERKI) LUB INNYCH OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYCH CZŁONKÓW RODZINY? JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH DAJSZYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONE Z PANIĄ (PANEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZAJĄCE. (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)

TAK

NIE

6. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓLMAŁŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA) PRZEBYWALIŚCIE ZA GRANICĄ DŁUŻEJ NIŻ 30 DNI PO UKOŃCZENIU 18 LAT?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę)

TAK

NIE

imię i nazwisko	daty pobytu (od – do)	miejsce (kraj, miejscowość) i adres pobytu	powód pobytu

7. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓLMALŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA)
UTRZYMUJECIE LUB UTRZYMYWALIŚCIE W OKRESIE OSTATNICH 20 LAT KONTAKTY

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK”
proszę wypełnić tabelę)

TAK

NIE

imię i nazwisko	imię i nazwisko obywatela innego państwa, z którym utrzymywano kontakt	kraj pochodzenia obywatela innego państwa, z którym utrzymywano kontakt	daty utrzymywania kontaktu (od – do)	powód i charakter kontaktu

CZĘŚĆ V: DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

1. CZY KIEDYKOLWIEK BYŁA PANI PODDANA (BYŁ PAN PODDANY) BADANIU, PO KTÓRYM OKREŚLONO PANI (PANU) KATEGORIĘ ZDROWIA (NP. W WOJSKU, W MSWiA, ABW, AW, CBA, SKW, SWW)?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 1.1. – 1.2.)

TAK NIE

1.1. CZY W WYNIKU BADANIA WSKAZANEGO W PKT 1 UZNANO PANIĄ ZA ZDOLNĄ (PANA ZA ZDOLNEGO) DO SŁUŻBY?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)

TAK NIE

1.2. KATEGORIA ZDROWIA PRZYZNANA PANI (PANU) W BADANIU WSKAZANYM W PKT 1. – 1.1.

2. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA CHOROBY PSYCHICZNE?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.6.)

TAK NIE

2.1. NAZWA CHOROBY

2.2. W JAKIM OKRESIE?
(OD – DO)

2.3. CZY W ZWIĄZKU Z CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. - 2.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN)

LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.4. – 2.6.)

TAK NIE

2.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2.

(LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2.)

2.5. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN) LECZONY W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 2.4.
(LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 2.4.)?

2.6. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA CHOROBY PSYCHICZNE INNE NIŻ WSKAZANE W PKT 2. – 2.5.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1. – 2.5.)

TAK

NIE

3. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA INNE NIŻ CHOROBY PSYCHICZNE DOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY, POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 3.1. – 3.6.)

TAK

NIE

3.1. NAZWA DOLEGLIWOŚCI (CHOROBY)

3.2. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)

3.3. CZY W ZWIĄZKU Z DOLEGLIWOŚCIĄ (CHOROBA) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 3.4. – 3.5.)

TAK

NIE

3.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z DOLEGLIWOŚCIĄ (CHOROBA) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2.
(LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2.)

3.5. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN LECZONY) W PLACÓWCE
WSKAZANEJ W PKT 3.4?
(LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 3.4.)

3.6. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA INNE NIŻ CHOROBY PSYCHICZNE DOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH, NIEWSKAZANE WCZEŚNIEJ W PKT 3. – 3.5.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1. – 3.5.)

TAK NIE

4. CZY ZAŻYWA PANI(PAN) LUB ZAŻYWAŁA PANI (ZAŻYWAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI ŚRODEK ODURZAJĄCY LUB SUBSTANCJĘ PSYCHOTROPOWĄ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.1. – 4.7.)

TAK NIE

4.1. NAZWA ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ

4.2. ILE RAZY I W JAKIEJ DAWCE?

4.3. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)

4.4. CZY W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.5. – 4.7.)

TAK NIE

4.5. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ)

4.6. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN LECZONY) W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 4.5.? (LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 4.5.)

4.7. CZY ZAŻYWA PANI(PAN) LUB ZAŻYWAŁA PANI (ZAŻYWAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ, NIEWSKAZANYCH WCZEŚNIEJ W PKT 4. – 4.6.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 4.1. – 4.6.)

TAK NIE

5. CZY SPOŻYWA PANI(PAN) ALBO SPOŻYWAŁA PANI (SPOŻYWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 LAT ALKOHOL W ILOŚCIACH POWODUJĄCYCH UTRATĘ ŚWIADOMOŚCI?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 5.1. - 5.2.)

TAK NIE

5.1. JAK CZĘSTO?

5.2. W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH?

6. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT SPOŻYWANIE ALKOHOLU BYŁO KIEDYKOLWIEK PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW W PANI (PANA) PRACY LUB W ŻYCIU PRYWATNYM?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.1. – 6.2.)

TAK NIE

6.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY

6.2. KIEDY?

7. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.3.)

TAK NIE

7.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)

7.2. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU)

7.3. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU, POZA PRZYPADKAMI WSKAZANYMI W PKT 7. – 7.2., LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ? (PROSZE ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. — 7.2.)

TAK

NIE

CZĘŚĆ VI: DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI MAJĄTKOWO-FINANSOWEJ

1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACY
WSKAZANYM W CZ. I PKT 18.1. – 18.3.

1.1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACY
WSKAZANYM W CZ. I PKT 18.4.

2. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1 i 1.1. UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI (np. dochody otrzymywane bez świadczenia pracy, emerytury, renty, zasiłki, renty zagraniczne, dywidendy od posiadanych papierów wartościowych, odsetki od lokat bankowych – jeżeli miesięczny zysk przekracza 100 złotych (PLN), zyski z obrotu akcjami na giełdzie, zyski z udziałów w funduszach powierniczych, dochody z wynajmu nieruchomości, wygrane w grach losowych – o wysokości ponad 20.000 złotych (PLN), honoraria za publikacje lub z działalności dydaktycznej, dochody z realizacji umów zleconych, i inne) (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.2.)

TAK NIE

2.1. RODZAJ DOCHODU LUB ZYSKU

2.2. WYSOKOŚĆ WYPŁACANYCH PANI(PANU) DOCHODÓW LUB ZYSKÓW

2.3. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1. – 2.2. UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI?
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1. – 2.2.)

TAK NIE

3. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH PANI (PANU) WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUB ZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY

4. CZY Z RACJI ZAJMOWANEGO OBECNIE LUB W PRZESZŁOŚCI STANOWISKA BYŁA PANI (BYŁ PAN) ZOBOWIĄZANA(ZOBOWIĄZANY) SKŁADAĆ OŚWIADCZENIA O STANIE MAJĄTKOWYM?

TAK NIE

4.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO)	4.2. KOMU? (PROSZĘ WSKAZAĆ WŁAŚCIWY ORGAN)
5. CZY SWOJE GOSPODARSTWO DOMOWE PROWADZI PANI SAMA (PAN SAM)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” proszę wypełnić pkt 5.1. – 5.6.)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
5.1. IMIĘ OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE	5.2. NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE
5.3. NR PESEL OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE	5.4. NIP OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE
5.5. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH OSOBE WSKAZANEJ W PKT 5.1. – 5.4. WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUB ZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY	
5.6. PROSZĘ PODAĆ LICZBĘ OSÓB POZOSTAJĄCYCH NA PANI (PANA) UTRZYMANIU	
6. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.1. - 6.11.)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

6.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓLWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI		6.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓLWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI	
6.3. NAZWA NIERUCHOMOŚCI			
6.4. ADRES NIERUCHOMOŚCI			
6.5. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI			
6.6. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCI		6.7. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI	
6.8. SPOSÓB NABYCIA NIERUCHOMOŚCI		6.9. DATA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI	
6.10. CENA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI			
6.11. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE (POZA WSKAZANYMI W PKT 6.1. – 6.10.) NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.12. – 6.22.)			
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

6.12. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.		6.13. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.	
6.14. NAZWA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.			
6.15. ADRES NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.			
6.16. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.			
6.17. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.		6.18. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.	
6.19. SPOSÓB NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.		6.20. DATA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.	
6.21. CENA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11.			

<p>6.22. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE (POZA WSKAZANYMI W PKT 6.1 – 6.21.) NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 6.1. – 6.10.)</p>	
<p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	
<p>7. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE FIRMĘ (PRZEDSIĘBIORSTWO) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓLCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.10.)</p>	
<p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	
<p>7.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓLWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>	<p>7.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓLWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>

strona 21/26

<p>7.3. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) , KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.1. – 7.2. JEST WŁAŚCIELEM LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY)</p>	
<p>7.4. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB LICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>	<p>7.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>
<p>7.6. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>	<p>7.7. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>
<p>7.8. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>	<p>7.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)</p>

7.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.9., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)?
 (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.11. – 7.20.)

TAK NIE

7.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓLWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.10.

7.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓLWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.10.

7.13. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA), KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.11. – 7.12. JEST WŁAŚCIELEM LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY)

7.14. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB LICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.

7.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.

7.16. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.

7.17. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.

7.18. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.

7.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13.

7.20. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.19., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓLCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. – 7.9.)

TAK

NIE

8. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)?

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 8.1. – 8.10.)

TAK

NIE

8.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA
(WSPÓŁWŁAŚCICIELA)
RUCHOMOŚCI

8.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA
(WSPÓŁWŁAŚCICIELA)
RUCHOMOŚCI

8.3. NAZWA
RUCHOMOŚCI

8.4. % WŁASNOŚCI
RUCHOMOŚCI

8.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA
RUCHOMOŚCI

8.6. SPOSÓB NABYCIA
RUCHOMOŚCI

8.7. DATA NABYCIA
RUCHOMOŚCI

8.8. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCI		8.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ RUCHOMOŚCI	
8.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.9., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)?			
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 8.11. – 8.19.)			
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
8.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓLWŁAŚCICIELA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.		8.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓLWŁAŚCICIELA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.	
8.13. NAZWA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.			
8.14. % WŁASNOŚCI RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.		8.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.	
8.16. SPOSÓB NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.		8.17. DATA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.	
8.18. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.		8.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10.	

9.7. NAZWA BANKU – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5.	
9.8. ADRES BANKU – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5.	

9.9. NUMER RACHUNKU Z PKT 9.5.	
9.10. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓLPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH INNYCH NIŻ WSKAZANE W PKT 9. – 9.9.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 9.1. – 9.4.)	
TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE JESTEŚCIE ZADŁUŻENI LUB POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE (np. kredyty, zaległości podatkowe, alimenty, spłaty hipoteki lub zastawu, należności wynikające z orzeczeń sądowych) ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 10.1. – 10.14.)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
10.1. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE	10.2. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE
10.3. NAZWA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO	
10.4. NAZWA I NUMER DOKUMENTU, NA PODSTAWIE KTÓREGO POWSTAŁO ZOBOWIĄZANIE	
10.5. NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WIERZycIELA	
10.6. CAŁKOWITA KWOTA ZOBOWIĄZANIA	10.7. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY

10.8. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIA	10.9. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATY
10.10. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA	10.11. DATA PRZEWIDYWANEJ CAŁKOWITEJ SPŁATY
10.12. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁO MIEJSCE OPÓŹNIENIE SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.1. – 10.11.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
10.13. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10.1. – 10.12.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 10.14. – 10.26.)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
10.14. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE W PKT 10.13.	10.15. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE W PKT 10.13.
10.16. NAZWA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO WSKAZANEGO W PKT 10.13.	
10.17. NAZWA I NUMER DOKUMENTU, NA PODSTAWIE KTÓREGO POWSTAŁO ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE W PKT 10.13.	
10.18. NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WIERZYCIELA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO WSKAZANEGO W PKT 10.13.	

10.19. CAŁKOWITA KWOTA ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.	10.20. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.

10.21. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.	10.22. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.
10.23. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.	10.24. DATA PRZEWIDYWANEJ CAŁKOWITEJ SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.
10.25. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁO MIEJSCE OPÓŹNIENIE SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

10.26. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10. – 10.25.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 10.1. – 10.12.)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
11. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT UCZESTNICTWO W GRACH HAZARDOWYCH BYŁO KIEDYKOLWIEK PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW W PANI (PANA) PRACY LUB W ŻYCIU PRYWATNYM? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 11.1. — 11.2.)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
11.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY	11.2. KIEDY?

CZĘŚĆ VII: OSOBY POLECAJĄCE	
-----------------------------	--

A.

1. PIERWSZE IMIĘ

2.
NAZWISKO

3. NR PESEL

4. NR TELEFONU
KONTAKTOWEGO

5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY,
MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

6. NAZWA MIEJSCA
ZATRUDNIENIA

7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ,
KRAJ, NR TELEFONU)

8. ZAJMOWANE
STANOWISKO

B.

1. PIERWSZE IMIĘ

2.
NAZWISKO

3. NR PESEL

4. NR TELEFONU
KONTAKTOWEGO

5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY,
MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA	
----------------------------------	--

7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

8. ZAJMOWANE STANOWISKO

C.

1. PIERWSZE IMIĘ

2. NAZWISKO

3. NR PESEL

4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO

5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA

7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

8. ZAJMOWANE STANOWISKO

Oświadczam, iż wypełniłam (wypełniłem) ankietę osobiście, zgodnie ze swoją wiedzą, świadoma (świadomy), że ukrywanie lub podawanie niezgodnych z prawdą informacji mających znaczenie dla ochrony informacji niejawnych będzie mogło stanowić podstawę odmowy wydania mi poświadczenia bezpieczeństwa.

Oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie wobec mnie postępowania sprawdzającego według przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 742).

MIEJSCOWOŚĆ I DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY		PODPIS OSOBY SPRAWDZANEJ	