



**AKADEMICKIE
CENTRUM
WSPARCIA**
Uniwersytet Łódzki

Łódź, dnia _____

Dane osoby studiującej:

Imię i nazwisko:.....

Numer telefonu:

Adres zamieszkania:

Poruszam się na wózku inwalidzkim: TAK/NIE (zaznacz właściwe)

Okres zamówienia transportu:

KARTA EWIDENCJI ABONENTA

L.p.	DATA	GODZINA	DZIEŃ TYGODNIA	TRASA PRZEWOZU (SKĄD – DOKĄD)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

L.p.	DATA	GODZINA	DZIEŃ TYGODNIA	TRASA PRZEWOZU (SKĄD – DOKĄD)
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				