



# Parafialne Koła Caritas

Archidiecezji Krakowskiej

.....  
(pieczęć parafii)

## Skład zarządu Parafialnego Koła Caritas nr.....

### I. Prezes

Imię i nazwisko	Adres	Telefon	Data wyboru

### II. Sekretarz

Imię i nazwisko	Adres	Telefon	Data wyboru

### III. Skarbnik

Imię i nazwisko	Adres	Telefon	Data wyboru

### Zatwierdzam

Skład Zarządu Parafialnego Zespołu Caritas

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis Przewodniczącego Parafialnego Zespołu Caritas)

### Akceptuję

Skład Zarządu Parafialnego Zespołu Caritas

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis Dyrektora Caritas Archidiecezji Krakowskiej)