KWESTIONARIUSZ (pozostałe osoby wg stawek dobowych)

..... Szczecin, dn. .....20.....r.

nazwisko i imię/imiona Mieszkańca nr albumu

....

data i miejsce urodzenia imię i nazwisko rodowe ojca imię i nazwisko rodowe matki

....

nazwa uczelni Wydział rok i kierunek studiów

Adres miejsca pobytu stałego

....

e-mail Miejscowość – gmina kod pocztowy ulica, nr domu/mieszkania

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres miejsca pobytu stałego)

....

e-mail Miejscowość – gmina kod pocztowy ulica, nr domu/mieszkania

PESEL | | | | | | | | | | | Telefon kom. | | | | | | | | |

Wiarygodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data zakwaterowania .....20.... r. .....

(podpis Mieszkańca)

OŚWIADCZENIE (pozostałe osoby wg stawek dobowych)

Ja, niżej podpisany (a), mieszkaniec DS. ANDROMEDA zobowiązuję się do regulowania opłat za dobowe korzystanie z DS. **z góry, najpóźniej w dniu zakwaterowania/dokonania przedłużenia pobytu** (wg daty wpłaty na konto ZUT/do kasy DS.) oraz **oświadczam, że znana jest mi treść regulaminu Domów Studenckich ZUT w Szczecinie oraz właściwych Zarządzeń i Komunikatów Rektora ZUT w Szczecinie, dotyczących zasad odpłatności a także wysokości opłat za korzystanie z Domów Studenckich ZUT.** Równocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz do:

- ponoszenia solidarnej odpowiedzialności za ewentualne szkody spowodowane dewastacją pomieszczeń, urządzeń i wyposażenia w zajmowanym przeze mnie pokoju jak i w pomieszczeniach wspólnych w przypadku nie wykrycia sprawców dewastacji,
- przestrzegania przepisów p.poż. ,
- przestrzegania zakazu używania w pokojach dodatkowych urządzeń elektrycznych i grzewczych,
- **niezwłocznego powiadomienia biura DS. o fakcie utraty statusu studenta (dzień obrony pracy, skreślenia z listy studentów itp.) oraz o zmianie moich danych adresowych.**

W razie nie dokonania stosownego rozliczenia w biurze DS. upoważniam administrację DS. do przeniesienia moich ruchomości do magazynu.

Za mienie osobiste przywiezione do domu studenckiego ponoszę osobistą odpowiedzialność.

.....

(podpis Mieszkańca)

..... Szczecin, dn.....

NAZWISKO I IMIĘ

.....

NR POKOJU

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w przypadku dokonania przeze mnie dewastacji na terenie Domu Studenckiego zobowiązuję się do pokrycia równowartości zniszczonych przeze mnie przedmiotów lub równowartości poniesionych przez ZUT kosztów naprawy szkód, zgodnie z wyceną dokonaną przez kierownika Domu Studenckiego .

Wysokość kwoty za dokonaną dewastację zostanie ustalona na podstawie dowolnie wybranych przez kierownika Domu Studenckiego trzech ofert zakupu lub usługi.

Akceptuję wysokość kwoty, o której zostanę powiadomiony w ciągu 14 dni od stwierdzenia dokonania przeze mnie dewastacji.

.....

PODPIS MIESZKAŃCA