PROŚBA O SZKAPLERZ
NIEPOKALANEGO POCZĘCIA MATKI BOŻEJ

(szkaplerz z materiału zostanie wysłany bezpłatnie)

Dane osoby proszącej o szkaplerz

1. Imię i nazwisko* .....
2. Adres* .....
3. Kod i miejscowość* .....
4. Telefon; e-mail .....
5. Proszę o przesłanie medalika szkaplerznego: Tak □ Nie □
   □ aluminiowy □ metalowy □ srebrny (zob. załączoną ulotkę)
6. Czy należy Pan (i) do Stowarzyszenia Pomocników Mariańskich? Tak □ Nie □
7. Jeśli nie, to czy chciałby (-aby) Pan (i) należeć? Tak □ Nie □

……
podpis osoby proszącej o szkaplerz

…… dnia …… roku
miejscowość

Dane kapłana, który poświęci i nałoży szkaplerz
i do którego zostanie wysłane upoważnienie Przełożonego Generalnego Zgromadzenia Księży Marianów

8. Imię i nazwisko* .....
9. Miejscowość* .....
10. Diecezja / Zakon* .....

dnia …… roku ……
podpis kapłana lub diakona

* proszę wypełnić drukowanymi literami