

Gliwice, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
pesel

.....
nr telefonu

Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a.....
Imię i nazwisko

jestem Śp.
podać stopień pokrewieństwa Imię i nazwisko

zmarłego/zmarłej dnia r. w Gliwicach.

Zobowiązuję się sprawić pogrzeb we własnym zakresie i na własny koszt.

Nie wnoszę żadnych roszczeń pod adresem Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach.

.....
Podpis