

.....
/ miejscowość, data /

**OŚWIADCZENIE DYSponentA GROBU
O WYRAŻENIU ZGODY NA DOKONANIE POCHÓWKU
W DZIERŻAWIONYM PRZEZ NIEGO MIEJSCU GROBOWYM
NA CMENTARZU PARAFII ŚW. JÓZEFA W CHORZOWIE**

DANE DYSponentA GROBU

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu:

DANE GROBU

Lokalizacja: pole: rząd: miejsce:

Imiona i nazwiska oraz daty zgonu osób pochowanych:

.....

Oświadczam, że jestem dysponentem wyżej wymienionego grobu

i wyrażam zgodę na dokonanie w tym miejscu grobowym pochówku

śp.

/ imię i nazwisko osoby zmarłej oraz data zgonu /

.....
/ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /