..................................................... Słubice, dnia .................... (imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.................................................

 (adres zamieszkania)

.................................................

 (telefon kontaktowy)

## O Ś W I A D C Z E N I E

 Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity - Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków/szczątków powstałych
w wyniku spopielenia zwłok\* zmarłego/ej\*

 ..................................................

 (imię i nazwisko osoby zmarłej)

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej - ...................................

 .............................................

 (podpis)

\* niepotrzebne skreślić