

Siedlce, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
.....  
.....  
Seria i numer dowodu osobistego

Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
Oddział w Siedlcach

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3 za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

– pogrzeb odbył się/ odbędzie się dnia:

.....

– miejscowość i miejsce pochówku:

.....

.....

– dodatkowe koszty pogrzebu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czytelny podpis

.....