

.....
Miejsce i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zgon **nie nastąpił** na skutek żadnej choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2000r.; Nr 23; poz. 295 z późn. zm.)

Z poważaniem

.....
Podpis członka rodziny

