

Świnoujście, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Świnoujściu**

POWIADOMIENIE

Ja niżej podpisany/a,....., jako osoba
uprawniona na mocy decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Świnoujściu z dnia znak: HK.9022.1.....
informuję, że po wspólnym ustaleniu terminu ze wskazanymi podmiotami powyższej decyzji,
ekshumacja odbędzie się na Cmentarzu
(imię i nazwisko osoby ekshumowanej) Komunalnym w Świnoujściu przy ul.....
dnia..... o godzinie.....

.....
(podpis składającego powiadomienie)