

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam się, że

Pan(i).....

NIP.....PESEL.....

Zamieszkały(a).....

Jest zatrudniony(a) od dnia.....do dnia.....

Na stanowisku.....

Na dzień zgonu....., tj..... podlega do ubezpieczenia

(stopień pokrewieństwa)

(data zgonu)

emerytalno-rentowego.

.....
(podpis)