# O Ś W I A D C Z E N I E

Imię i nazwisko .....

Adres .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Seria i nr dowodu .....

Ja niżej podpisana/y, oświadczam, że:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

miejscowość i data

czytelny podpis osoby składającej oświadczenie