

**WNIOSEK DOTYCZĄCY PŁATNOŚCI RATALNYCH ZA MIEJSCA NA  
CMENTARZU KOMUNALNYM W LUBANIU**

**WNIOSKODAWCA** .....

IMIĘ I NAZWISKO DYSPOCENTA GROBU

.....

ADRES ZAMIESZKANIA

.....

TELEFON KONTAKTOWY

**PŁATNOŚĆ RATALNA DOTYCZY NIŻEJ WSKAZANYCH MIEJSC:**  
(imię i nazwisko osoby zmarłej ; data śmierci)

1.....

2.....

3.....

PROSZĘ O ROZŁOŻENIE NA **DWIE/CZTERY\*** **MIESIĘCZNE/KWARTALNE\*** RATY  
PŁATNOŚCI ZA WYŻEJ WSKAZANE MIEJSCA NA CMENTARZU KOMUNALNYM  
W LUBANIU. JEDNOCZEŚNIE ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UISZCZENIA OPŁAT W NIŻEJ  
PODANYCH TERMINACH.

**RATA I** : .....

**RATA II** : .....

**RATA III** : .....

**RATA IV** : .....

.....

DATA I CZYTELNY PODPIS WNIOKODAWCY

.....

NUMER DOWODU OSOBISTEGO

\* niepotrzebne skreślić