

INFORMACJA O UDZIELANIU USŁUG W:

Lp.	Zakres usług	Miejsce udzielania usług	Numery telefonów kontaktowych
1.	Sekcja zwłok		

Oświadczam, że przedstawione dane są zgodne ze stanem faktycznym.

....., dnia

.....
(Podpis Przyjmującego Zamówienie)