**Formularz zgłoszenia opieki nad grobami**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane zamawiającego | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Adres |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| Dane zmarłego | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Miejsce i rodzaj usługi | Miejscowość Cmentarz |  |
| Lokalizacja spoczynku(kwatera, rząd, miejsce) |  |
| Rodzaj usługi |  |
| Forma płatności |  |
| Wypełnia zleceniobiorca | Uwagi |  |
| Nr konta bankowego |  |

Zleceniodawca Zleceniobiorca

Data ………………………………………………

Podpis …………………………………………..