

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadcza się, że

Pan(i).....

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

Zamieszkały(a).....

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

Na stanowisku.....

Na dzień zgonu....., tj..... podlega do ubezpieczenia
emerytalno-rentowego.
(stopień pokrewieństwa) (data zgonu)