Zrzeczenie się ochrony swoich uprawnień na rzecz dysponenta przez osobę posiadającą prawo do grobu

............................................................................................ Markowice, dn. .....................................

............................................................................................

............................................................................................

............................................................................................

imię i nazwisko, adres, telefon, e-mail

***Parafia Rzymskokatolicka p.w. Nawiedzenia NMP***

***w Markowicach***

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zrzekam się ochrony swoich uprawnień (w szczególności ekshumacja, przebudowa grobu, dochowania, przekazywanie dysponowania grobem) stanowiących prawo do grobu nr …….. w kwaterze ...... rząd .......nr......... na cmentarzu w Markowicach, w którym pochowani są: .................................................................................................

……………………………………………………………………………………

*( imię, nazwisko, pokrewieństwo wobec osoby zrzekającej się ochrony swoich uprawnień )*

..................................................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................

i wyrażam zgodę aby dysponentem w/w grobu został(a):

................................................................................................................................

.............. .................................................................................................................

.............. .................................................................................................................

*( imię, nazwisko, pokrewieństwo wobec osoby zrzekającej się, adres)*

Uwagi: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Podpis