

Załącznik  
do Zarządzenia Starosty Świeckiego  
z dnia 18 grudnia 2024r.

**Formularz do wypełnienia w przypadku wezwania do stwierdzenia zgonu i jego przyczyny.**

<b>Nazwa POZ Imię i nazwisko</b>	<b>Numer telefonu</b>	<b>Data i godzina</b>	<b>Uwagi - przyczyna odmowy przyjazdu</b>	<b>Podpis dyżurnego (czytelny)</b>