**O Ś W I A D C Z E N I E**

DO CELÓW KORZYSTANIA Z PRZEJAZDU REGULOWANEGO SZLABANEM POMIĘDZY ULICĄ GOSZCZYŃSKIEGO DZIAŁKA 337/4 I ULICĄ BĄDKOWSKIEGO DZIAŁKA 335/9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko Członka Spółdzielni |  |
| 2. | Adres zamieszkania Członka Spółdzielni | 80 - …………. Gdańsk ul. ………………………………………………. ……….. /……….. |
| 3. | Numer telefonu Członka Spółdzielni | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| 4. | Uzasadnienie powodu konieczności przejazdu przez szlaban (np.dojazd do pracy, dojazd do szkoły lub inne) |  |
|  |

…………………………………………………………..

*podpis Członka Spółdzielni*