

Zał. Nr. USC - 8 / 3

.....
(imię i nazwisko)

Kobyła, dnia

.....
(adres)

.....
(telefon)

URZĄD MIASTA KOBYLKA

ul. Wołomińska 1
05-230 Kobyłka

WNIOSEK O SKRÓCENIE OKRESU OCZEKIWANIA NA ZAWARCIE MAŁŻEŃSTWA

Proszę o skrócenie miesięcznego okresu oczekiwania na zawarcie związku małżeńskiego z
panem/panią :

.....

zam. :

Prośbę o skrócenie okresu oczekiwania na zawarcie związku małżeńskiego uzasadniam :

.....
.....

ZAŁĄCZNIKI :

.....
.....

.....
(podpis)

OPLATY :

39 zł – za decyzję .

Opłatę należy uiścić w kasie Urzędu Miasta
lub na konto nr rach. BPH S.A.O/Wołomin
93 1060 0076 0000 4010 9000 0831