

MIEJSCOWOŚĆ dnia

OŚWIADCZENIE

Kupujący

.....
zamieszkały/siedziba.....

w.....

legitymujący się dowodem osobistym seria.....

numer.....

oświadcza , że zrzeka się ubezpieczenia OC seria

..... nr.....

zawartego do pojazdu Ford CMAX..... nr

rejestracyjnym..... na rzecz sprzedającego

Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 Im. Dr. Jana Biziela W Bydgoszczy, Ul. Ujejskiego 75, 85-168

Bydgoszcz

NIP: 953-25-82-266

KRS: 0000316960

z dniem

.....
Kupujący

.....
Sprzedający