

ZGM

Zakład Gospodarki Mieszkaniowej
Plac Inwalidów Wojennych 12
44-100 Gliwice
tel. fax 32-239-11-19, 32-239-12-74

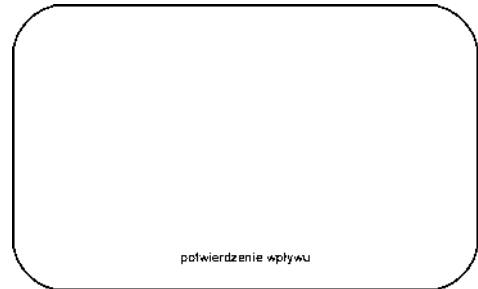
Wnioskodawca
(nazwisko i imię lub nazwa firmy)

Adres zameldowania
(ulica, nr, kod pocztowy, miasto)

Adres do korespondencji
(jeśli jest inny niż podany powyżej)

Telefon
(stacjonarny, komórkowy)

PESEL NIP



Druk uzupełnienia do pisma/ wniosku

W uzupełnieniu do pisma/ wniosku w sprawie:

Dołączam następujące dokumenty (załączniki):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Gliwice, dnia

.....
podpis wnioskodawcy