

|   |  |
|---|--|
| <p>Poświadczam, że niniejszy dokument został opracowany w wyniku przeanalizacji i kartograficznych, których rezultaty zawiera opracowanie techniczne powyższego zwięzłymi. Jednocześnie informuję, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</p> |  |
| <p>Imię i nazwisko zgłaszającego przebieg choroby</p>   | <p>TZ 440.2489.2024</p>  |
| <p>Osoba służby geodezyjnej, który otrzymał zgłoszenie</p>  | <p>Starosta Powiatu Włocławskiego</p>  |
| <p>Wykonawca przebieg choroby</p>   | <p>PMT Solutions Sp. z o.o.</p>  |
| <p>Na temat czego sporządza dokument zgłoszenia (nazwa projektu w tym: powyższy przebieg choroby)</p>   | <p>Protokół Weryfikacji<br/>Nr TZ 440.2489.2024, 100144<br/>z dnia 16.05.2024 r.</p> |
| <p>Inne i nazwisko oraz nr uprawnień zawodowych technika przebieg choroby</p>   | <p>SOLEK WALDEMAR<br/>Nr upr. 19892 (1,2)</p>  |
| <p>Data złożenia niniejszego oświadczenia</p>   | <p>16.05.2024 r.</p>   |

— Linie rozgraniczające funkcje MPZP

