

Końskie, dnia.....

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres)

.....

.....

(telefon)

**Archiwum zakładowe
Starostwo Powiatowe w Końskich
ul. Stanisława Staszica 2
26-200 Końskie**

Proszę o udostępnienie dokumentacji wytworzonej w.....

..... z lat..... o znakach.....*

Udostępnioną dokumentację będzie wykorzystana dla celów.....

.....

.....

(podpis)

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji.

.....

(pieczęć i podpis)

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji dla celów naukowo- badawczych.

.....

(pieczęć i podpis)

*wypełnia archiwum zakładowe