

Lublin, dnia 06.10.1998 r. *RL*

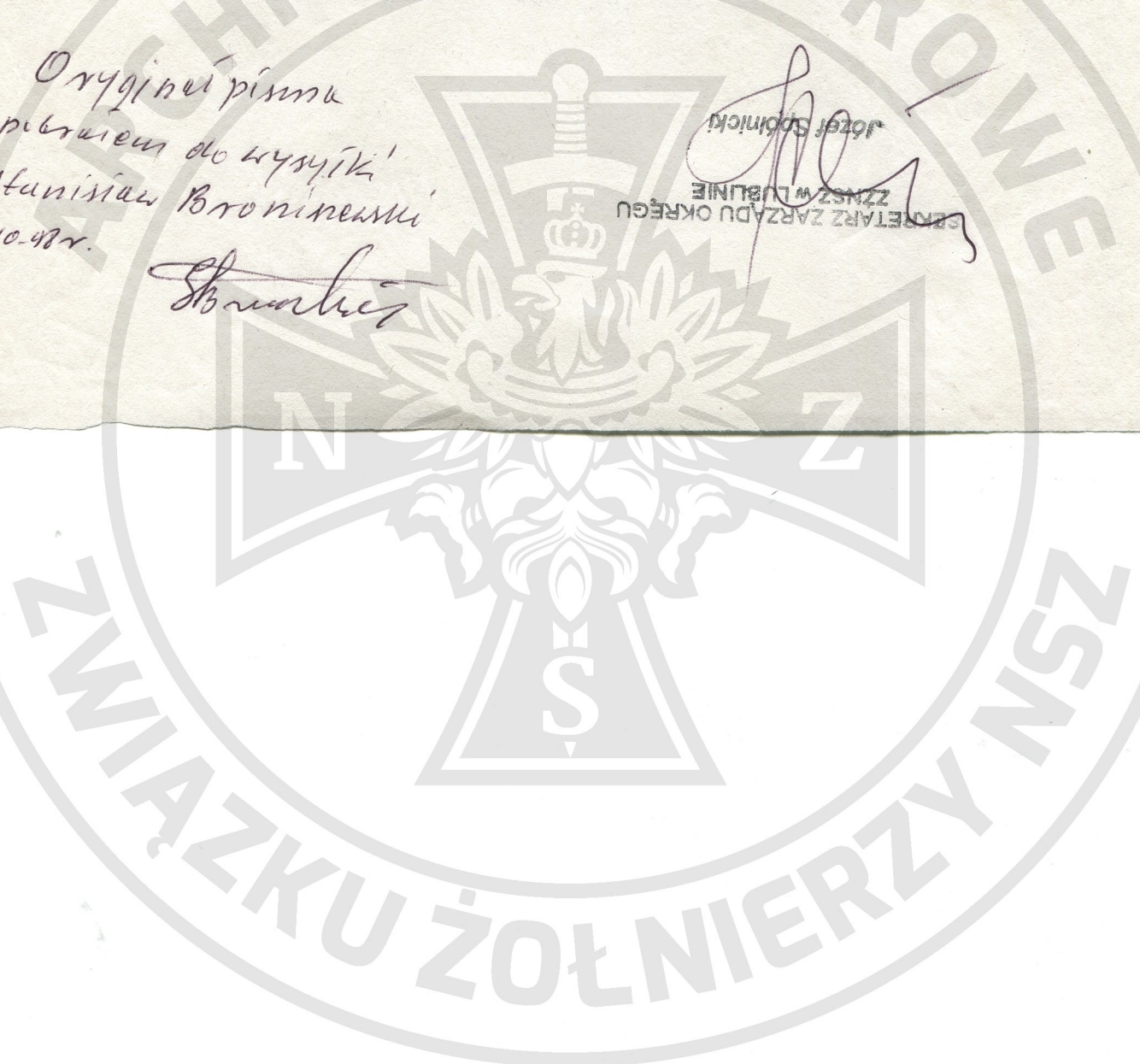
**Związek Żołnierzy  
Narodowych Sił Zbrojnych**  
Zarząd Okręgu  
20-538 Lublin  
ul. Jana Pawła II Nr 11  
tel. 57-19-03  
L.dz. 20-58/98

Pan  
Stanisław Koczwaro  
wieś Bolkowo

Zarząd Okręgu Związku Żołnierzy Narodowych Sił Zbrojnych  
w Lublinie, prosi o przystanie xero-kopii legitymacji  
kombatanckiej oraz dowodu osobistego str.1-2 i 3-4.  
Powyższe potrzebne jest do wystąpienia z wnioskiem  
na odznaczenie Krzyżem Narodowego Czynu Zbrojnego.

*Oryginal pisma  
pobrać do wysyłki  
Stanisław Broninowski  
06-10-98r.  
Sławobles*

*Janusz Sobnicki*  
SEKRETARZ ZARZĄDU OKRĘGU  
ZNSZZ W LUBLINIE





125

Wypełnić piśmem maszynowym

Do wypełnienia SOUFNE

WNIOSEK O NADANIE KRZYŻA  
NARODOWEGO CZYNU ZBROJNEGO

Nr ..... NCZ

Nr ewidencyjny PESEL



KOCZWARA

nazwisko

Stanisław

imię

Jan

imię ojca

Franciszka

imię matki

28.10.1928 r. Borów

data i miejsce urodzenia

wieś Bołkowo, 09-045

miejsce zameldowania na pobyt stały

nie karany

karalność sądowa\*

Uzasadnienie wniosku:

Podać np. pseudonimy, stopień w NSZ, oddział, teren działania, pseudonim lub  
(zwisko dowódcy) Do NSZ wstąpił 01.1944 i przysięgę  
złożył przed d-cą placówki Borów Kamińskim Janem  
ps."Kański" i otrzymał ps."Zajac".Naprawiał i  
konserwował broń w warsztacie Stanisława Tryki.  
W 03.1944z Oddziałem "Zęba"brał udział w wysadzeniu  
niemieckiego pociągu na st.kol.Lipa.Zdobyta  
broń i wmujię zawiózł do wsi Budy.W 05.1944 wraz  
z plac.Borów rozbrajał Niemców od.uzasadnienia - na odwrociu

Jednostka organizacyjna sporządza-  
jąca wniosek

pieczęć

data

podpis

Wniosek przedstawia: Minister Obrony  
Narodowej // Minister Spraw Zagranic-  
nych

pieczęć

data

własnoręczny podpis

ministra

\* Nie podawać informacji o skazaniach, które uległy zatartciu.




126

## DOWÓD OSOBI

1. Nazwisko: **Stamislaw**

2. Imię: **Stamislaw**

3. Nazwisko panieńskie: \_\_\_\_\_



Własnoręczny podpis

RYSOPIS

wysoki

Wzrost

ciemne

Oczy

niebieskie

Siata szare

4. Imiona rodziców: **Jan Franciszka**

5. Data urodzenia: **11 października 1928**

6. Miejsce urodzenia / miejscowość - powiat: **Borow - Gromady**

7. Stan cywilny: **rolnik**

8. Zawód: **SPMO Płocin**

9. Organ wydający dowód osobisty: \_\_\_\_\_

Nr ewid.: [REDACTED]

pieczęć Komendant MO

18 stycznia 1964

Data wydania

### ZAMELDOWANIE

**Borkowo Idica**  
miejscowość - powiat /

**gm. Borkowo w. Płocinie**  
nr. \_\_\_\_\_

**pod. stały**  
dnia **05.05.1972** of. \_\_\_\_\_  
podpis

### WYMELDOWANIE

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

### ZAMELDOWANIE

\_\_\_\_\_ / miejscowość - powiat /

ul. \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

### WYMELDOWANIE

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

5

### ZAMELDOWANIE

\_\_\_\_\_ / miejscowość - powiat /

ul. \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

### WYMELDOWANIE

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

### ZAMELDOWANIE

\_\_\_\_\_ / miejscowość - powiat /

ul. \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

### WYMELDOWANIE

mp. \_\_\_\_\_  
dnia \_\_\_\_\_  
podpis \_\_\_\_\_

6



ZASWIADCZENIE

Nr 655118 / 1073464



127

URZĄD DO SPRAW KOMBATANTÓW  
I OSÓB REPRESJONOWANYCH

KOCZWARA

Nazwisko

STANISŁAW

11.10.1928r. <sup>Imiona</sup> BORÓW

Data i miejsce urodzenia



Uprawnia do przejazdów  
eksp. PKS wg  
50% zniżki

Niniejsze zaświadczenie uprawnia do ulg i świadczeń określonych w ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. nr 17, poz. 75 z późniejszymi zmianami).

26.06.96

Data

m.p. WICEDYREKTOR  
Departamentu Weryfikacji

mgr Edyta Samunińska  
Podpis

*St. Koczwar*  
podpis posiadacza zaświadczenia

RODZAJE I OKRESY  
ZALICZANE DO UPRAWNIENI  
USTAWOWYCH

Adres zamieszkania

09-454 BULKOWA 37

Okresy		Wyszczególnienie	Przepis ustawy
od	do		
01 1944	07 1944	NARODOWE SIŁY ZBROJ	01

Łącznie: lat ..... 00 ..... miesięcy ..... 07

Zmiana: lat ..... miesięcy .....



WICEDYREKTOR  
Departamentu Weryfikacji  
mgr Edyta Samunińska