

Komunikat Bedello  
p.s. "skar"

dnia 10 XII 1992

imię, nazwisko, pseudonim i adres  
składającego oświadczenie  
(dla mężczyzn nazwisko panieńskie)

### OŚWIADCZENIE ŚWIADKA

Ja, uczestnik (czka) - (wymienić formację, ugrupowanie, jednostkę, nazwę obozu, więzienia itp. - od - do)  
Nawdome Litg. Zbarna

świadam odpowiedzialności za prawdziwość podanych niżej przez mnie faktów, legitymujący (a) się  
dowodem osobistym (innym dokumentem), seria i numer [redacted]

wystawnionym dnia przez K.M.O. Dorszew. Zolibar

oświadczam, że Ob. Buch Krystyna syn (córka) Jan

urodz. dnia 20.07.1925 w Piotrkowa Trybunalskim

jest mi znany (a) osobiście jako uczestnik (czka) - wymienić formację, ugrupowanie, jednostkę, nazwę  
obozu, więzienia itp. oraz okoliczności, z jakimi świadek zetknął się z otrzymującym (cą) oświadczenie

i czasokres od - do od. Przedziarnka 1942, do lipca 1944. spotykałem się  
z Krystyną Buch. Była ona sanitariuszką N.S.Z. na terenie  
Notomia. U obywateli tym spotykałem się, w szczególności na ćwiczeniach  
u mieszkańca mojej siostry, Jędrzej Zdziedziły.

Wyżej wymieniony (a) posiadał (a) pseudonimy (y) S. P. [redacted]

stopień wojskowy .. .. pełnił funkcję .. sanitariuszka

oraz brał udział w następującej działalności zaliczanej do uprawnień kombatanckich (wymienić jej rodzaj,  
miejscowości, czasokresy itp.) Działalność na terenie Notomia, gdzie służyła.

.. kurs sanitariuszy. Spotykałem się z nią w okresie 1942 do sierpnia 1944

Wyżej wymieniony był represjonowany (a): wymienić jej rodzaje, miejscowości, czasokres, organy represjonujące (nazwę), z jakich powodów itp.

Jeśli świadek jest członkiem organizacji kombatanckiej powinien podać jej nazwę, wpisać numer legitymacji członkowskiej, datę jej wydania, przez kogo *Związek Żołnierzy Narodowych Sił Zbrojnych*  
*leg. 05-N/656 - Hsteczny hydonski* *zw. ZOT. Zw. ZOT. N.S.Z.*

*z dn. XXI 1955*

Czy świadek posiada uprawnienia kombatanckie; podać kiedy i przez kogo przyznano, nr legitymacji (zaświadczenia), datę wydania *Urząd do spraw kombatantów i osób represjonowanych*  
*Nr. 643058/1066099*

*[Signature]*  
własnoręczny podpis



SEKRETARZ  
Związku Żołnierzy Narodowych Sił Zbrojnych  
Okręgu Stołecznego  
*[Signature]*  
potwierdza i weryfikuje  
podpis świadka

Opinia organizacji kombatanckiej

.....  
miejscowość, data

.....  
opinia organizacji kombatanckiej  
nazwa i nazwisko, funkcja