

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU CIAŁA

Ja niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

jako osoba uprawniona do organizacji pochówku osoby zmarłej:

Imię i nazwisko osoby zmarłej:

niniejszym upoważniam przedstawiciela:

Zakładu Pogrzebowego "HADES" M. Ł. Skoczylas, NIP: 6652993177

do odbioru ciała osoby zmarłej z:

.....

(nazwa i adres prosektorium / zakładu pogrzebowego / hospicjum)

Oświadczam, że posiadam prawo do organizacji pochówku osoby zmarłej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby upoważniającej)