

DANE ZMARŁEGO (ej)

Imiona

Nazwisko

Nazwisko Rodowe

Data i miejsce urodzenia

Data i miejsce zgonu

Przyczyna zgonu

Miejsce zamieszkania

Imiona rodziców

Nazwisko panięskie matki

Miejsce pochówku (nazwa cmentarza, miejscowość)

Powiat

Adres gdzie znajduje się ciało

.....

Liczba dzieci

Wyznanie Stan cywilny

Przybliżony wzrost (cm) Przybliżona waga (kg)

Dodatkowe informacje

.....

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO POCHOWANIA ZWŁOK (dane do faktury)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Stopień pokrewieństwa

Nr i seria dowodu osobistego wydany przez

Tel. Kontaktowy

Authorization

I authorize
(Imię i nazwisko zlecającego)
address, Poland to arrange and conduct the Repatriation of
the body Mr./Ms. to
(imię i nazwisko zmarłego) (miasto i kraj przeznaczenia)

I authorize
(Imię i nazwisko zlecającego)
address, Poland to sign any documents on my behalf.

Signed
(czytelny podpis)

Date
(data)

Relationship to Deceased

(stopień pokrewieństwa ze zmarłym np. mama/mother, ojciec/father, siostra/sister, brat/brother, dziadek/grandfather, babcia/grandmother, ciotka/aunt, wujek/uncle)

Address
(adres zamieszkania zlecającego)

.....

.....
(czytelny podpis)
(signature)

ZLECENIODAWCA

Nazwisko i imię.....
ul. Miejscowość kod
Nr. Dowodu osobistego
Stopień pokrewieństwa

UDZIELAM PEŁNOMOCNICTWA

Ustanawiam Pana reprezentującego firmę jako mojego pełnomocnika (art.96.KC) i działającego w moim imieniu do załatwienia wszystkich spraw związanych ze sprowadzeniem zwłok z i pogrzebem **zmarłego/zmarłej.**

Imię i nazwisko
Niniejsze pełnomocnictwo upoważnia również do załatwiania i pobrania karty zgonu oraz spraw związanych z transportem i pochówkiem na cmentarzu w jak i do podpisu oraz odbioru w moim imieniu faktur VAT dotyczących usług pogrzebowych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zgon **nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej** wymienionej w przepisach wydanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.12.2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby – Dz.U. nr 152 poz. 1742.

.....
Podpis zleceniodawcy