

ACHERON

Krematorium Suwałki

Ul. Reja 110, PL 16-400 Suwałki

(+48) 575 105 205

e-mail: acheron@grupakremacyjna.pl

www.krematorium.suwalki.pl



Zezwolenie na wykonanie kremacji

Ja nr PESEL.....
(nazwisko i imię osoby udzielającej zezwolenia na wykonanie kremacji)

legitymujący(a) się dowodem osobistym/paszportem seria..... numer.....

zamieszkały(a).....

numer telefonu.....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą.....

udzielam zezwolenia na wykonanie kremacji (spopielenie zwłok) osoby zmarłej

.....
(imiona i nazwisko osoby zmarłej)
(data i miejsce urodzenia)

.....
(ostatnie miejsce zamieszkania)
(data i miejsce zgonu)

.....
(nr aktu zgonu , organ wydający)
(wiek osoby zmarłej)

.....
(przyczyna zgonu)

Oświadczam ,że miałem/am przed kremacją możliwość potwierdzenia tożsamości osoby zmarłej. Jednocześnie potwierdzam ,że jest to w/w osoba. Oświadczam, że biorę na siebie wszelką odpowiedzialność w związku z udzieleniem niniejszego zezwolenia firmie ACHERON Krematorium Suwałki z siedzibą w Suwałkach a jakiegokolwiek roszczenia członków rodziny mogą być kierowane tylko w stosunku do mojej osoby.

Informuje ,że w/w osoba posiada/nie posiada rozrusznika serca

.....
(podpis i pieczęć firmy pogrzebowej)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby udzielającej zezwolenia)