

.....  
.....  
.....

**WNIOSEK**  
**o dokonanie odprawy sanitarnej**

Niniejszy wniosek składamy w imieniu osoby uprawnionej do organizacji pogrzebu:

**Pana/i:** .....

**DANE OSOBY ZMARŁEJ:**

nazwisko:.....

imię: .....

nazwisko rodowe: .....

imiona rodziców: .....

data i miejsce urodzenia: .....

ostatnie miejsce zamieszkania: .....

**DATA I MIEJSCE ZGONU:** .....

**MIEJSCE Z KTÓREGO ZOSTANĄ PRZEWIEZIONE ZWŁOKI:** .....

**MIEJSCE POCHÓWKU ZWŁOK:** .....

**ŚRODEK TRANSPORTU ZWŁOK:** .....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zgon **nie nastąpił** na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2000r.; Nr 23; poz. 295 z późn. zm.)

Z poważaniem

.....  
*Podpis członka rodziny*

**Siedziba:**

50-369 Wrocław  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 49  
tel. +48 71 328 25 70  
fax +48 71 328 25 77

**Filie:**

\*51-315 Wrocław ul. Kielczowska 90  
tel. +48 71 345 73 43  
\*55-090 Wrocław ul. B.Krzywoustego 287  
tel. +48 71 345 80 37

\*55-230 Jelcz-Laskowice ul. Witosa 43  
tel. +48 71 318 29 08  
\*55-090 Długołęka, Januszkowie 48  
tel. +48 601 78 57 19