

....., dnia.....
miejsowość

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Golubiu-Dobrzyniu
ul. Dr J.G. Koppa 1a
87-400 Golub-Dobrzyń**

Właściciel/zarządca cmentarza.....
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....

W.....

zwłok/szczątków*:
(imię, nazwisko, miejsce pochówku)

*właściwe zakreślić

.....
(data, pieczęć i podpis)