

....., dnia.....
miejsowość

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

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

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków*

.....
(imię, nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

.....

w celu ponownego pochowania na cmentarzu w

*właściwe zakreślić

.....
(data, pieczęć i podpis)

