

....., dnia

.....
(nazwa, dokładny adres i numer telefonu
właściciela/ zarządy cmentarza)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Świnoujściu
ul. Dąbrowskiego 4
72-600 Świnoujście**

ZGODA ZARZĄDCY - CZĘŚĆ A

Właściciel/Zarządca cmentarza
(podać nazwę, adres)

wyraża zgodę na pochowanie ludzkich zwłok/szczątków

.....
(imię i nazwisko)

ekshumowanych z Cmentarza. Komunalnego w Świnoujściu przy ul.....

Miejsce pochowania po ekshumacji

① Podać nazwę i adres cmentarza, nr alejki, nr kwatery-jeśli dotyczy, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.

① Podać rodzaj grobu przyszłego pochówku (murowany, ziemny, kolumbarium, Pojedynczy, głębinowy, rodzinny, rodzinny głębinowy)

① Podać imię i nazwisko oraz datę zgonu osób pochowanych w grobie do którego nastąpi dochowanie

.....
(podpis i pieczętka osoby uprawnionej)