

USŁUGI POGRZEBOWE
ATENA

Koszalin.....
(date)

Proszę wypełniać drukowanymi literami / Please complete the forms in capitals.

UPOWAŻNIENIE / AUTHORISATION

Ja niżej podpisany(a) upoważniam **Zakład Usług Pogrzebowych „ATENA”**
(I, the undersigned, hereby authorise Zakład Usług Pogrzebowych "ATENA")

do odbioru osoby zmarłej:
(to collect the deceased)

Imię i nazwisko/ name and surname.....

z / from.....

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ / DATA OF THE PERSON COMMISSIONING:

Imię/name

Nazwisko/surname

Adres zam / residential address.....

.....
podpis / signature

ZAKŁAD USŁUG POGRZEBOWYCH ATENA

75-736 KOSZALIN, UL. GNIEŹNIEŃSKA 53A

CAŁODOBOWE POGOTOWIE POGRZEBOWE: TEL. 94 340 36 36, KOM. 608 214 542

E-MAIL: ATENAKOSZALIN@WP.PL