IMIĘ I NAZWISKO……..

ADRES ZAMIESZKANIA..…….

……...

ADRES DO KORESPONDENCJI*..…….

……

**Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania*

SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO ……

……...

Stosunek pokrewieństwa do osoby zmarłej lub określenie uprawnienia wynikającego z art. 10 pkt 1 ustawy o cmentarzach i chowania zmarłych

……...

Poznań, dnia …….

PEŁNOMOCNICTWO DO ZGŁOSZENIA ZGONU

I. Dane dotyczące osoby zmarłej:

1.Nazwisko ……

2.Imię/imiona ……

3.Nazwisko rodowe …….

4.Stan cywilny ……...

5.Data urodzenia …….

6.Miejsce urodzenia …….

7.Ostatnie miejsce zamieszkania zmarłego

……...

(stały adres)

8.Data zgonu ……. godz. ……

9.Miejsce zgonu ……

II. Dane dotyczące małżonka osoby zmarłej:

1. Nazwisko ……
2. Imię/imiona ……
3. Nazwisko rodowe …….
4. Data urodzenia …….
5. PESEL ……
6. Data i miejscowość zawarcia związku małżeńskiego …….

   ……..

III. Dane dotyczące rodziców osoby zmarłej:

OJCIEC	MATKA
……...	……...
imię/imiona	imię/imiona
……...	……...
nazwisko rodowe	nazwisko rodowe

IV. Dla zgonu dziecka do 1 roku życia:

1. Rok i miejsce zawarcia związku małżeńskiego rodziców ……..
2. Data urodzenia matki dziecka ……..…….

Upoważniam pracownika zakładu pogrzebowego ……

Pana/Panią …….. zamieszkałego/łą ……..

legitymującego się dowodem osobistym seria: …..……. numer ……
do zgłoszenia zgonu wyżej wymienionej osoby i odbioru odpisu skróconego aktu zgonu.

Pieczęć zakładu pogrzebowego

…….....
(czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa
- imię i nazwisko)

Opłata skarbowa za złożenie pełnomocnictwa - 17 zł