

## ANKIETA

### **Dane dotyczące osoby zmarłej:**

Imię

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Data i miejsce zgonu

Miejsce przebywania ciała, telefonicznego

Przyczyna zgonu

Stan cywilny

Imię i nazwisko żony

wzrost

waga

### **Dane osoby uprawnionej do pochowania zwłok:**

Imię

Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Data Urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistego

Telefon kontaktowy

### **Dodatkowo:**

Proszę wskazać miejsce pochówku nazwą cmentarza: