

Kwidzyn, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: ulica, numer domu)

.....
(adres: kod miejscowość)

.....
(telefon kontaktowy)

**Zakład do spraw Infrastruktury Miejskiej
Administracja cmentarza komunalnego
ul. Malborska 133
82-500 Kwidzyn**

ZAWIADOMIENIE O PLANOWANEJ EKSHUMACJI

Zawiadamiam, że dnia planowana jest ekshumacja:

- 1) imię i nazwisko zmarłego:
- 2) data i miejsce urodzenia:
- 3) data i miejsce zgonu:
- 4) imiona rodziców:
- 5) stan cywilny w chwili zgonu:
- 6) lokalizacja grobu: kwatera:, rząd:, miejsce:

WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZENOSZENIA SZCZĄTKÓW W OBRĘBIE CMENTARZA KOMUNALNEGO W KWIDZYNIE

Szczałki/prochy zostaną pochowane na cmentarzu komunalnym w Kwidzynie w grobie:

kwatera:, rząd:, miejsce:

WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZENOSZENIA SZCZĄTKÓW W NA INNY CMENTARZ

Szczałki/prochy zostaną pochowane na cmentarzu w

.....