

Miejscowość i data,.....



**P.W. LITWINOWICZ**  
**Usługi Pogrzebowo Kremacyjne Garbce 47 55-140 Żmigród**  
**Tel. 71 319 00 25 kom. 519 15 16 26 e-mail CREMMARK@wp.pl**

## Z L E C E N I E   K R E M A C J I

Ja, niżej podpisany(a).....  
(imię i nazwisko osoby zlecającej kremację wpisać drukowanymi literami)

Adres:.....

.....  
seria, nr dowodu.(paszportu).....wyd. ....

**ZLECAM P.W. LITWINOWICZ KREMATORIUM  
KREMACJĘ ZWŁOK (SZCZĄTKÓW) ZMARŁEGO**

.....  
(imię i nazwisko osoby zmarłej należy wpisać literami drukowanymi)

Data i miejsce ur. ....

Data i miejsce śmierci.....

Akt zgonu nr .....wydany przez.....

Ostatnie miejsce zamieszkania.....

**OŚWIADCZAM, ŻE ZMARŁY PRZED KREMACJĄ ZOSTAŁ ZIDENTYFIKOWANY  
I NIE POSIADA ROZRUSZNIKA SERCA.\* Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność w związku z  
udzieleniem niniejszego zezwolenia Firmie P.W. LITWINOWICZ a jakiegokolwiek w przyszłości powstałe roszczenia  
członków rodziny mogą być kierowane tylko w stosunku do mojej osoby.**

**URNĘ Z PROCHAMI ODBIERZE .....**

..... -  
(czytelny podpis osoby zlecającej) - ( stopień pokrewieństwa)

POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNOŚĆ PODPISU

.....  
(pieczęć i podpis osoby reprezentującej Zakład Pogrzebowy)

**\*ZŁOŻENIE NIEPRAWDZIWEGO OŚWIADCZENIA MOŻE SPOWODOWAĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNĄ ZA  
USZKODZENIE PIECA KREMACYJNEGO SPOWODOWANE EKSPLOZJĄ ROZRUSZNIKA**