



.....
Miejsce i data
Ort und Datum

WNIOSEK
o dokonanie odprawy sanitarnej
ANTRAG auf sanitäre Leichenabfertigung

DANE OSOBY ZMARLEJ:

ANGABEN ZUR VERSTORBENEN PERSON

nazwisko:.....

Name

imię:.....

Vorname

nazwisko rodowe:.....

Geburtsname

imiona rodziców:.....

Vornamen der Eltern

stan cywilny:

Familienstand

imię i nazwisko małżonka:.....

Vor- und Nachname des Ehegatten/der Ehegattin

imiona dzieci:

Vornamen der Kinder

data i miejsce urodzenia:

Geburtsdatum und -ort

ostatnie miejsce zamieszkania:

Letzter Wohnort

DATA I MIEJSCE ZGONU:.....

TODESDATUM UND -ORT

MIEJSCE POCHÓWKU ZWŁOK:.....

BESTATTUNGORT DER LEICHE

ŚRODEK TRANSPORTU ZWŁOK: Samolot/Autokarawan

BEFÖRDERUNGSMITTEL: Flugzeug/Leichenwagen

OŚWIADCZENIE

ERKLÄRUNG

Oświadczam, iż zgon **nie nastąpił** na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie
Ich erkläre auch, dass der Tod **nicht** infolge von einer ansteckenden Krankheit nach Vorschriften aufgrund der Verordnung
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.12.2001 w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których
des Gesundheitsministers vom 06.12.2001 über das Verzeichnis von ansteckenden Krankheiten erfolgte, bei denen die Feststellung
stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby –
des Todes besonderer Vorgehensweise mit der Leiche einer daran verstorbenen Person bedarf – GBl. Nr. 152 Pos. 1742.
Dz. U. nr 152 poz. 1742.

Z poważaniem,
Hochachtungsvoll,

.....
Podpis osoby uprawnionej
Unterschrift der zuständigen Person