



marka od 1958 roku
Międzynarodowe Usługi Pogrzebowe

Pomagamy niezależnie od odległości

+48 22 831 00 36 | biuro@bongo.com.pl

www.bongo.com.pl



Miejsce i data
Место и дата

WNIOSEK
o dokonanie odprawy sanitarnej
ЗАЯВЛЕНИЕ о проведении санитарной проверки на отправку тела

DANE OSOBY ZMARLEJ:

ДАННЫЕ УМЕРШЕГО

nazwisko:

фамилия

imię:

имя

nazwisko rodowe:

девичья фамилия

imiona rodziców:

имена родителей

stan cywilny:

семейное положение

imię i nazwisko małżonka:

имя и фамилия супруга/супруги

imiona dzieci:

имена детей

data i miejsce urodzenia:

дата и место рождения

ostatnie miejsce zamieszkania:

последнее место жительства

DATA I MIEJSCE ZGONU:

ДАТА И МЕСТО СМЕРТИ

MIEJSCE POCHÓWKU ZWŁOK:

МЕСТО ЗАХОРОНЕНИЯ ТЕЛА

ŚRODEK TRANSPORTU ZWŁOK: Samolot/Autokarawan

СРЕДСТВО ТРАНСПОРТИРОВКИ ТЕЛА: Самолет / Похоронный автомобиль

OŚWIADCZENIE

ЗАЯВЛЕНИЕ

Oświadczam, iż zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie
Я заявляю, что смерть не наступила вследствие инфекционных заболеваний, указанных в предписаниях, выданных на основании
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.12.2001 w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których
распоряжения Министра здравоохранения от 06.12.2001 г. в деле перечня инфекционных заболеваний, в результате которых
stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby –
подтверждение смерти требует особого рассмотрения тел умерших людей, которые умерли на эти заболевания - Сборник законов

Dz. U. nr 152 poz. 1742.
№ 152 поз. 1742

Z poważaniem,

С уважением,

Podpis osoby uprawnionej

Подпись уполномоченного лица

