

SR./SRA. _____

AMB D.N.I.: _____ DOMICILIAT A: _____

Cr _____

EN QUALITAT DE _____ DEL DIFUNT SR./SRA. _____

AUTORITZO A L'E.F.M.S.A. PER TAL DE QUE EM REPRESENTI EN TOTS ELS TRAMITS NECESSARIS PER OBTENIR LES CORRESPONENTS AUTORITZACIONS PER REALITZAR EL SERVEI SOL·LICITAT I DECLARO SER EL FAMILIAR MÉS PROPER O REPRESENTANT AUTORITZAT, SEGONS EL REGLAMENT DE POLICIA SANITÀRIA MORTUÒRIA DE LES ILLES BALEARS, SEGONS art. 15.5. I art. 29.1. I RESPONSABILITZANT-ME QUE LES DADES DALT RELACIONADES SÓN CORRECTES.

INCINERACIÓ

TRASLLAT

Palma, _____ de _____ de 2.01____

Signat,

SR./SRA. _____

AMB D.N.I.: _____ DOMICILIAT A: _____

Cr _____

EN QUALITAT DE _____ DEL DIFUNT SR./SRA. _____

AUTORITZO A L'E.F.M.S.A. PER TAL DE QUE EM REPRESENTI EN TOTS ELS TRAMITS NECESSARIS PER OBTENIR LES CORRESPONENTS AUTORITZACIONS PER REALITZAR EL SERVEI SOL·LICITAT I DECLARO SER EL FAMILIAR MÉS PROPER O REPRESENTANT AUTORITZAT, SEGONS EL REGLAMENT DE POLICIA SANITÀRIA MORTUÒRIA DE LES ILLES BALEARS, SEGONS art. 15.5. I art. 29.1. I RESPONSABILITZANT-ME QUE LES DADES DALT RELACIONADES SÓN CORRECTES.

INCINERACIÓ

TRASLLAT

Palma, _____ de _____ de 2.01____

Signat,