

.....  
(miejscowość, data)

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany/a.....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

zamieszkały/a.....

.....

legitymujący/a się dowodem osobistym seria i nr.....

wydanym przez.....

upoważniam Pana/Panią.....

zamieszkałego/ą.....

legitymującego/ą się dowodem osobistym seria i nr.....

wydanym przez.....

do działania w moim imieniu przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym

w Brzozowie w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków.....

.....  
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

.....  
(czytelny podpis)