…….
(miejscowość, data)

Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Myśliborzu
ul. Północna 15
74-300 Myślibórz

ZGŁOSZENIE TERMINU EKSHUMACJI

Zawiadamiam, że ekshumacja szczątków/zwłok/spopielonych szczątków* zmarłego

……
(imię i nazwisko)

Decyzja nr…….

zostanie przeprowadzona w dniu……

UWAGA: termin przeprowadzenia ekshumacji po uprawomocnieniu się decyzji (14 dni). Zgłoszenie terminu ekshumacji powinno wpłynąć do PSESE w Myśliborzu **co najmniej 7 dni przed planowaną ekshumacją.**

Przedsiębiorstwo przeprowadzające ekshumację:…….

……

……
(podpis wnioskodawcy)

Zgłoszenie można przesłać na:

- Adres e-mail: psse.mysliborz@sanepid.gov.pl
- Poczta tradycyjna: ul. Północna 15, 74-300 Myślibórz – decyduje data wpływu do tut. organu

*Niewłaściwe skreślić