

..... dnia.....

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Głogowie**

Właściciel/zarządca cmentarza.....
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....

W.....

zwłok/szczątków*:

.....
(imię, nazwisko, miejsce pochówku)

.....

*właściwe zakreślić

.....
(data, pieczęć i podpis)