

D./DÑA. _____

CON D.N.I.: _____ DOMICILIADO EN: _____

C/ _____

COMO _____ DEL DIFUNTO D./DÑA. _____

AUTORIZO A LA E.F.M.S.A. A QUE ME REPRESENTE EN TODOS LOS TRAMITES NECESARIOS PARA OBTENER LAS CORRESPONDIENTES AUTORIZACIONES PARA REALIZAR EL SERVICIO SOLICITADO Y DECLARO SER EL FAMILIAR MAS CERCANO O REPRESENTANTE AUTORIZADO, SEGÚN REGLAMENTO DE POLICIA SANITARIA MORTUORIA DE LAS ISLAS BALEARES, SEGÚN art. 15.5. Y art. 29.1. RESPONSABILIZÁNDOME DE QUE LOS DATOS ARRIBA RELACIONADOS SON CORRECTOS.

INCINERACION

TRASLADO

Palma de Mallorca, a _____ de _____ de 2.01____

Firmado,

D./DÑA. _____

CON D.N.I.: _____ DOMICILIADO EN: _____

C/ _____

COMO _____ DEL DIFUNTO D./DÑA. _____

AUTORIZO A LA E.F.M.S.A. A QUE ME REPRESENTE EN TODOS LOS TRAMITES NECESARIOS PARA OBTENER LAS CORRESPONDIENTES AUTORIZACIONES PARA REALIZAR EL SERVICIO SOLICITADO Y DECLARO SER EL FAMILIAR MAS CERCANO O REPRESENTANTE AUTORIZADO, SEGÚN REGLAMENTO DE POLICIA SANITARIA MORTUORIA DE LAS ISLAS BALEARES, SEGÚN art. 15.5. Y art. 29.1. RESPONSABILIZÁNDOME DE QUE LOS DATOS ARRIBA RELACIONADOS SON CORRECTOS.

INCINERACION

TRASLADO

Palma de Mallorca, a _____ de _____ de 2.01____

Firmado,