Załącznik nr 8

Wzór druku

……………………………………………………

(Miejscowość, data)

…………………………………………………………..  
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

…………………………………………………………..  
nr PESEL

………………………………………………………….  
(stopień pokrewieństwa)

…………………………………………………………  
(telefon kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE O MOŻLIWOŚCI WYBORU ZAKŁADU POGRZEBOWEGO I ODBIORZE ZWŁOK**

Oświadczam, że:

1. Miałam/łem możliwość wyboru zakładu pogrzebowego w celu dokonania pochówku osoby zmarłej

………………………………………………  
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

1. Z prosektorium Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie mieszczącego się w Domu Pogrzebowym …………………………………………………………… odebrałam/łem ciało osoby zmarłej i **wnoszę/nie wnoszę**\* skarg i uwag dotyczących wydania i przechowywania zwłok.

…………………………………………..……………………………………  
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie, uprawnionej do obioru zwłok na podstawie art. 10

ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. 2024 poz. 576