

AETERNE

MIĘDZYNARODOWY TRANSPORT OSÓB ZMARŁYCH / INTERNATIONAL REPATRIATION SERVICES

PEŁNOMOCNICTWO / POWER OF ATTORNEY

do czynności związanych z międzynarodowym transportem osoby zmarłej / for formalities connected with international repatriation of the deceased

MOCODAWCA / PRINCIPAL

Imię (imiona) / First name(s)	Nazwisko / Surname
PESEL / Polish PESEL no.	Data urodzenia / Date of birth
Dokument tożsamości (dowód/paszport) / Identity document (ID/passport)	Seria i numer dokumentu / Series and document number
Wydany przez / Issued by	Adres zamieszkania / Address
Telefon / e-mail / Phone / e-mail	Pokrewieństwo / relacja ze Zmarłym / Relationship to the Deceased

PEŁNOMOCNIK / ATTORNEY-IN-FACT

Imię i nazwisko / Full name	PESEL / Polish PESEL no.
Seria i numer dowodu osobistego / ID card series and number	Adres zamieszkania / Residential address
działający/a w imieniu AETERNE Sp. z o.o., NIP 8943291877, KRS 0001257953, tel. 510 912 553, e-mail: biuro@aeterne.eu. acting on behalf of AETERNE Sp. z o.o., Polish Tax ID (NIP) 8943291877, KRS 0001257953, phone +48 510 912 553, e-mail: biuro@aeterne.eu.	

DANE OSOBY ZMARŁEJ / DETAILS OF THE DECEASED

Imię (imiona) / First name(s)	Nazwisko / Surname
Data urodzenia / Date of birth	Miejsce urodzenia / Place of birth
Data zgonu / Date of death	Miejsce zgonu / Place of death

MIĘJSCE DOCELOWE / DESTINATION

Cmentarz / zakład pogrzebowy / miejsce przekazania / Cemetery / funeral home / delivery location	Adres / Address
--	-----------------

TREŚĆ PEŁNOMOCNICTWA / AUTHORISATION

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do podjęcia decyzji dotyczących pochówku i/lub sprowadzenia wskazanej powyżej Osoby Zmarłej i udzielam wskazanemu powyżej Pełnomocnikowi, działającemu w imieniu AETERNE Sp. z o.o., pełnomocnictwa do reprezentowania mnie oraz załatwienia formalności niezbędnych do organizacji i przeprowadzenia transportu Osoby Zmarłej lub jej prochów.

I, the undersigned, declare that I am entitled to make decisions concerning the burial and/or repatriation of the Deceased identified above and hereby authorise the Attorney-in-Fact named above, acting on behalf of AETERNE Sp. z o.o., to represent me and complete the formalities necessary to organise and carry out the transport of the Deceased or their ashes.

Pełnomocnictwo obejmuje w szczególności kontakt i reprezentację przed właściwymi urzędami, organami administracji i sanitarnymi, ambasadami i konsulatami, szpitalami, zakładami medycyny sądowej, kościołami, policją, prokuraturą, sądami lub coronerami, urzędami stanu cywilnego, zakładami pogrzebowymi, krematoriami, chłodniami, przewoźnikami, liniami lotniczymi i portami lotniczymi; składanie i odbiór wniosków, oświadczeń, zezwoleń, zaświadczeń i dokumentów; ustalanie warunków i terminu wydania Osoby Zmarłej; odbiór Osoby Zmarłej oraz dokonywanie innych czynności formalnych bezpośrednio związanych z realizacją zlecenia - w zakresie dopuszczalnym przez właściwe przepisy i wymagania danej instytucji.

The authority includes, in particular, contact with and representation before competent public and sanitary authorities, embassies and consulates, hospitals, forensic institutions, mortuaries, police, prosecutors, courts or coroners, civil registry offices, funeral homes, crematoria, morgues, carriers, airlines and airports; submitting and collecting applications, statements, permits, certificates and documents; arranging the conditions and date of release of the Deceased; collecting the Deceased; and carrying out other formal acts directly connected with the commissioned service, insofar as permitted by applicable law and the requirements of the relevant institution.

Pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas niezbędny do zakończenia czynności związanych z realizacją zlecenia i może zostać wcześniej odwołane. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

This Power of Attorney is granted for the period necessary to complete the commissioned activities and may be revoked earlier. I declare that the information provided by me is accurate.

MIĘJSKOWOŚĆ, DATA I PODPIS / PLACE, DATE AND SIGNATURE

Miejscowość i data / Place and date	Czytelny podpis Mocodawcy / Principal's signature
-------------------------------------	---

Właściwy urząd lub instytucja może wymagać oryginału pełnomocnictwa, poświadczenia podpisu, dodatkowego formularza albo dokumentów szczególnych dla danego państwa. / A competent authority or institution may require the original Power of Attorney, certification of the signature, an additional form or country-specific documents.