AETERNE

MIĘDZYNARODOWY TRANSPORT OSÓB ZMARŁYCH / INTERNATIONELL TRANSPORT AV AVLIDNA PERSONER

PEŁNOMOCNICTWO / FULLMAKT

do czynności związanych z międzynarodowym transportem osoby zmarłej
för åtgärder i samband med internationell transport av en avliden person

MOCODAWCA / FULLMAKTSGIVARE

Imię (imiona)
Förnamn

Nazwisko
Efternamn

PESEL
PESEL

Data urodzenia
Födelsedatum

Dokument tożsamości (dowód/paszport)
Identitetshandling (ID-kort/pass)

Seria i numer dokumentu
Handlingens serie och nummer

Wydany przez
Utfärdad av

Adres zamieszkania
Bostadsadress

Telefon / e-mail
Telefon / e-post

Pokrewieństwo / relacja ze Zmarłym
Släktskap / relation till den avlidne

PEŁNOMOCNIK / FULLMAKTSTAGARE

Imię i nazwisko
För- och efternamn

PESEL
PESEL

Seria i numer dowodu osobistego
ID-kortets serie och nummer

Adres zamieszkania
Bostadsadress

działający/a w imieniu AETERNE Sp. z o.o., NIP 8943291877, KRS 0001257953, tel. 510 912 553, e-mail: biuro@aeterne.eu.
som handlar på uppdrag av AETERNE Sp. z o.o., NIP 8943291877, KRS 0001257953, tel. 510 912 553, e-post: biuro@aeterne.eu.

DANE OSOBY ZMARŁEJ / UPPGIFTER OM DEN AVLIDNE

Imię (imiona)
Förnamn

Nazwisko
Efternamn

Data urodzenia
Födelsedatum

Miejsce urodzenia
Födelseort

Data zgonu
Dödsdatum

Miejsce zgonu
Dödsort

MIEJSCE DOCELOWE / DESTINATION

Cmentarz / zakład pogrzebowy / miejsce przekazania
Kyrkogård / begravningsbyrå / överlämningsplats

Adres
Adress

TREŚĆ PEŁNOMOCNICTWA / FULLMAKTENS INNEHÅLL

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.

Jag, undertecknad, intygar att jag är behörig att fatta beslut om begravning och/eller hemtransport av ovan angiven avliden person och ger ovan angiven fullmaktstagare, som handlar på uppdrag av AETERNE Sp. z o.o., fullmakt att företräda mig och utföra de formaliteter som krävs för att organisera och genomföra transporten av den avlidne eller dennes aska.

Pełnomocnictwo obejmuje w szczególności kontakt i reprezentację przed właściwymi urzędami, organami administracji i sanitarnymi, ambasadami i konsulatami, szpitalami, zakładami medycyny sądowej, kostnicami, 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.

Fullmakten omfattar särskilt kontakt och representation inför behöriga myndigheter, administrativa och sanitära myndigheter, ambassader och konsulat, sjukhus, rättsmedicinska institutioner, bårhus, polis, åklagarmyndighet, domstolar eller coroners, folkbokförings-/civilståndsmyndigheter, begravningsbyråer, krematorier, kylrum, transportföretag, flygbolag och flygplatser; inlämning och hämtning av ansökningar, förklaringar, tillstånd, intyg och dokument; fastställande av villkor och tidpunkt för utlämning av den avlidne; mottagande av den avlidne samt andra formella åtgärder som är direkt kopplade till uppdragets genomförande – i den utsträckning som tillämpliga bestämmelser och den berörda institutionens krav medger.

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.

Fullmakten gäller under den tid som krävs för att slutföra åtgärderna i samband med uppdraget och kan återkallas tidigare. Jag intygar att de uppgifter jag har lämnat är korrekta.

MIEJSCOWOŚĆ, DATA I PODPIS / ORT, DATUM OCH UNDERSKRIFT

Miejscowość i data
Ort och datum

Czytelny podpis Mocodawcy
Fullmaktsgivarens läsliga underskrift

Właściwy urząd lub instytucja może wymagać oryginału pełnomocnictwa, poświadczenia podpisu, dodatkowego formularza albo dokumentów szczególnych dla danego państwa.
Behörig myndighet eller institution kan kräva fullmaktens original, bestyrkande av underskriften, ett kompletterande formulär eller särskilda handlingar för det aktuella landet.