

Fecha ____/____/____

DATOS DEL FALLECIDO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ FECHA DE EXHUMACION: _____

DESTINO DE LOS RESTOS: _____ TIPOS DE RESTOS (TIERRA / NICHOS / PANTEON) _____

RECIPIENTE DE TRASLADO (BOLSA / URNA DE REDUCCION / ATAUD CON CAJA METALICA) _____

DETALLES DE LA BOLSA: _____

DETALLES DE LA URNA DE REDUCCION: _____

DETALLES DEL ATAUD CON CAJA METALICA: _____

TIPO DE SERVICIO A OFRECER: _____ COSTO TOTAL: \$ _____

DATOS DEL RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ TELEFONO _____

DOMICILIO: _____

E-MAIL: _____ VINCULO CON EL FALLECIDO: _____

FIRMA: _____

DATOS DEL CEMENTERIO

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____

LOCALIDAD/PROVINCIA: _____ COD. POSTAL: _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

EMPRESA RESPONSABLE DEL TRASLADO Y CREMACION

NOMBRE: CREMATORIO CANDELARIA SRL

TELEFONO: 3765-236782

DOMICILIO: AV ROQUE SAENZ PEÑA S/N

E-MAIL: ventas@crematoriocandelaria.com.ar

SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE _____