

<b>SALA N</b>	N. Servicio	FECHA RESERVA:	HORA:
<input type="text"/>	N. R. Sanidad	ATENDIDO POR:	<input type="text"/>

**Solicitud Reserva Tanatorio LEÓN VILLAQUILAMBRE**

Fallecido:	DNI:		
Domicilio	Pob.:		
Lugar defunción:	Pob.:		
N.º Certific./Diligencias	F/H. def.:		
Tipo fallecimiento	Traumática	Enfermedad Grupo II	Enfermedad Contagiosa

**Prácticas sanitarias**

*Técnica o practica de tanatopraxia o tanatoestetica realizada:*

*Persona que ha realizado la práctica sanitaria:*

*Instalación donde se ha realizado la práctica sanitaria:*

**Traslado a instalación.** Lugar de partida del transporte que realiza el traslado del féretro a Serfunle:

**Solicitantes**

Funeraria / particular:	Aseguradora:
Factura a nombre de:	NIF:
Domicilio social:	
Nombre familiar solicitante:	
Parentesco con el difunto:	

**Estancia en sala**

Entrada:	Fecha:	Salida:	Fecha:
	Hora:		Hora:

**Destinos**

Lugar de Ceremonia:	Fecha/Hora:
Destino:	

**Observaciones**

Fdo.  
EMPRESA