

SALA N

N. Servicio

FECHA RESERVA:

HORA:

N. R. Sanidad

ATENDIDO POR:

Fallecido:

DNI:

Domicilio

Pob.:

Lugar defunción:

Pob.:

N.Certific./Diligencias

Hora. 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:

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