Załącznik Nr 1

do umowy Nr …………………

z dnia …………………..2019 r.

**Formularz dotyczący zgonów (sprawozdanie miesięczne)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko zmarłego | Miejsce zamieszkania zmarłego | Miejsce zgonu | Data/godzina  oględzin | Godzina wezwania lekarza  przez Policję | Podpis Zleceniobiorcy |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |