
(vardas, pavardė – didžiosiomis raidėmis)

(gimimo data)

(adresas)

(telefonas)

VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJAI
PRAŠYMAS SKIRTI NAUJĄ KAPAVIETĘ

20 - -
Vilnius

Norėdami _____
palaidoti _____ kapinėse, prašome skirti naują ___ vietos (-ų) kapavietę.
Šiose kapinėse palaidoti artimieji: _____

PRIDEDAMA.

Medicininio mirties liudijimo ar sveikatos apsaugos ministro patvirtintos formos medicinos dokumento išrašo, jeigu norima laidoti žmogaus vaisių iki 22-os nėštumo savaitės

Nr. _____

(parašas)

(vardas, pavardė)

SUDERINTA.

_____ kapinėse, _____ kvartale, kapavietėje Nr. _____, kurios dydis _____, yra palaidoti _____

(kapinių administracijos įgalioto asmens pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas, pavardė)