

MANDAT DERNIÈRES VOLONTÉS

Le Mandant, Assuré

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Demeurant :

Code Postal : Ville : Tél :

désigne le mandataire nommé ci-dessous :

Pompes Funèbres :  MAISON SALAMONE

Adresse : 6, avenue Annibal

Code Postal : 66420 Ville : LE BARCARÈS

pour garantir le respect de ses volontés comme ci-dessous :

Obsèques

Civiles Religieuses Culte :

Code Postal : Ville :

Chambre Funéraire

Lors de mon décès, je demande mon transfert à la chambre funéraire :

Adresse de la chambre funéraire :

Soins de conservation : OUI NON Transport avant mise en bière : OUI NON

Inhumation

Nom et adresse du cimetière :

Emplacement de la concession :

Concession n° : Acquis le : pour ans

Nom de famille :

Dernière personne inhumée : Nbre de places disponibles :

Crémation

Nom et adresse du crématorium :

Destination des cendres :

Demande manuscrite obligatoire, faire précéder la signature de la mention : « Je soussigné(e)... souhaite être crématisé(e) et que mes cendres soient... »

Commentaires et dispositions spécifiques

Capital complémentaire :

Gravure spécifique :

Commentaires :

Fait à le,

Signature du Mandant

Signature du Mandataire