

POUVOIR

JE SOUSSIGNE(E) :

Nom – Prénom :

Domicilié(e) à :

Agissant en conformité avec les volontés du (de la) défunt(e) en qualité de (1) :

.....

Et ayant qualité pour pourvoir à ses funérailles,

DONNE POUVOIR à l'entreprise PF Regard, sise à :

- 22 rue Louis le Grand – 39140 BLETTERANS – Tél 03.84.85.04.38 *Habilitation n° 14.39.9*
- 160 rue Regard – 39000 LONS-LE-SAUNIER – Tél 03.84.47.66.08 *Habilitation n° 16.39.69*
- 55 Grande Rue – 39800 POLIGNY – Tél 03.84.52.00.25 *Habilitation n° 18.39.78*
- 634 rue Bazinet – 39300 CHAMPAGNOLE – Tél 03.84.51.99.85 *Habilitation n° 15.39.58*
- 143 rue de la République – 39400 MOREZ – Tél 03.84.30.60.87 *Habilitation n° 18.39.76*
- 4 route du Deschaux – 39120 CHAUSSIN – Tél 03.84.81.73.51 *Habilitation n° 19.39.55*
- 1 route d'Authumes – 71270 Pierre-de-Bresse – Tél 03.85.72.81.50 *Habilitation n° 2019.71.32*

aux fins de me représenter, en mon nom et pour mon compte, auprès de toutes les autorités compétentes pour effectuer toutes les démarches et formalités nécessaires à l'organisation et l'exécution des obsèques, et les mandats pour payer toutes sommes nécessaires à l'exécution des obsèques de :

Mr - Mme - Melle (2)

Nom – Prénoms :

Date de naissance :/...../..... lieu :

Date du décès : Heure du décès : H

Lieu du décès :

Domicilié(e) à :

Je m'engage sans réserve à payer le montant réclamé au mandataire tant en mon nom qu'éventuellement en celui des héritiers et solidairement avec eux.

Je reconnais avoir été informé(e) sur les interventions techniques possibles sur le corps du défunt par la remise du document écrit officiel exposant l'objet et la nature des soins de conservation et les alternatives à ces soins.

Selon mon propre choix.

FAIT A, le

Signature,

(1) *Personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, personne chez qui le décès a eu lieu*

(2) *Rayer les mentions inutiles*