



Renouvellement de concessions

DOUARNENEZ

PLOARÉ

POULDAVID

KERLOUARNEC

TRÉBOUL

Je soussigné(e), **Nom** de naissance :

Nom d'épouse : **Prénom** :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Adresse complète :

Code Postal : Commune :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Agissant en ma qualité de (*cocher la case correspondante*)

Concessionnaire

Seul ayant-droit du concessionnaire décédé

Lien de parenté déclarant :

L'un des ayants-droit déclarant prenant la responsabilité du règlement pour les autres ayants-droit. Lien de parenté du déclarant :

Autre

Lien de parenté du déclarant :

Déclare vouloir renouveler la concession suivante :

Tombe n° : ou Colombarium n° :

Nom familial de la tombe :

Nom du concessionnaire :

Durée de renouvellement :

Tarif : Montant :

Fait à : Date :

Signature :