

DEMANDE OU **RENOUVELLEMENT** D'HABILITATION DANS LE DOMAINE FUNÉRAIRE

(Etablissement de santé public ou privé)

Par la présente, le représentant légal

nom, prénoms du représentant légal :

en qualité de :

né(e) à / le :

de nationalité :

domicilié(e) à :

et le responsable de l'établissement (à compléter si différent du représentant légal)

nom, prénoms du responsable :

en qualité de :

né(e) à / le :

de nationalité :

sollicite(nt) l'habilitation dans le domaine funéraire pour l'établissement suivant :

dénomination sociale :

forme juridique :

enseigne (le cas échéant) :

activité :

adresse de l'établissement à habiliter :

n° de téléphone :

n° de télécopie ou adresse e-mail :

Compléter ci-dessous seulement si le siège social est différent de l'établissement à habiliter

adresse du siège social :

n° de téléphone :

n° de télécopie ou adresse e-mail :

Fait à, le

Signature
du responsable de l'établissement :

Signature
du représentant légal :

Cachet de l'établissement