

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: José Manuel Árcé San Juan
Fecha de fallecimiento: 16-julio-2025
Domicilio: Larraguna
Teléfonos: Maite 657332377 E-mail:
Ta-348
cremac
238
0149010957
2177C
444444

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	Sala Prep. Libro	
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUV	173.00
Carroza traslado		
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento	3 cm de grosor	
Turismo	gala de copel 1130 en casa	146
Certificado médico	si	114
Registro Civil		1720
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Urnas Sep 756 (Tomo 3) Sabado 19	
Iglesia	CAPILLA COMPLETO	151
Incineración	Urnas: Simpio (1230)	351 + 2190
Presencia	☐ SI ☐ NO	219
Destino		
Funeral	JUAN VENTURA	600 (10788)
Cantores		
Flores	ENTRADA F.V. BLANCO: SIN CINTA: 80.00 (Modelo 2)	

☐ Sudario ☐ Cubrefúnebres ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

José (Mamá) 90100134

Nieves Nco Boullos

FALLECIDO: Nombre JOSÉ MANUEL ARCE SAN JUAN D.N.I. Nº 33175978L
id. de los padres BRAULIO Y TERESA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 15 - MAYO - 1946
Profesión Estado CASADO Domicilio

Fallecimiento: Fecha: 7^{oo} horas del día 16 de JULIO de 2025
Domicilio HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOI - TARRAGONA
Cementerio Crematorio Complejo Apostl Ayunt.º Stu

Cónyuge: | Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Celie Mª Teresa Neo Boulbín (.....) D.N.I. 33156442X
domiciliado en

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

NEO BOULLON
CELIA MARIA TERESA
 F
 ESP
 01 11 1945
 BHK162878 01 01 9999

DNI 33156442X **096000**

REINO DE ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

DNI 33175978L
ARCE SAN JUAN
JOSE MANUEL
 M
 ESP
 29 08 2023 01 01 9999
 CGC131861

899392

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENT NACIONAL D'IDENTITAT

DOMICILIO / DOMICILI
PSJE. DE XAVIER MONSALVATGE 9 B P07 2
TARRAGONA
TARRAGONA

LUGAR DE NACIMIENTO / LLOC DE NAIXEMENT
ROIS
A CORUNA

HUJIA DE / FILIA DE
RICARDO / MARIA NIEVES

IDE SP BHK162878033156442X<<<<<<<
4511012F9901018ESP<<<<<<<<<<<7
NEO<BOULLON<<CELIA<MARIA<TERES

DOMICILIO / DOMICILI
PSEO. XAVIER DE MONSALVATGE 9 B P07 2
TARRAGONA
TARRAGONA

LUGAR DE NACIMIENTO / LLOC DE NAIXEMENT
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

HUJIA DE / FILIA DE
BRAULIO / TERESA

IDES PCGC131861633175978L<<<<<<<
4605159M9901018ESP<<<<<<<<<<<2
ARCE<SAN<JUAN<<JOSE<MANUEL<<<<

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Llei del Registre Civil

Article 83. Si no s'ha fet la inscripció, no s'expedirà la llicència per a l'enterrament, que tindrà lloc transcorregudes, com a mínim, vint-i-quatre hores del moment de la mort.

Reglament del Registre Civil

Article 282. La inhumació s'ha d'ajustar a les lleis i als reglaments pel que fa al temps, lloc, i a d'altres formalitats.

La llicència, l'estendrà, immediatament després de la inscripció, l'encarregat o l'autoritat judicial que instrueix les diligències oportunes, i servirà per a la inhumació en qualsevol lloc, al qual no farà esment.

Justificada la defunció, la llicència també podrà ser expedida per l'encarregat del lloc on s'ha d'efectuar la inhumació, si és diferent d'a-quell que ha d'estendre la inscripció i abans o després d'haver-la estesa.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LLICENCIA PER A DONAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de TARRAGONA
S'ha inscrit al Registre Civil d
la defunción de don JOSE MANUEL ARCE SAN JUAN
a defunció de d
ocurrida a las
esdevinguda a les

de 07:00 horas del día 16
d JULIO de 2025

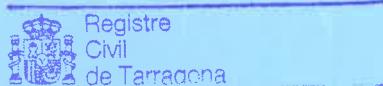
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segons el certificat facultatiu presentat, del qual resulta com a causa de la del fallecimiento:

defunció
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que S'atorga permís per a sepultar el cadàver, quan hauran trascorregut les 24 sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
hores següents a la de la defunció

Registro Civil de TARRAGONA
Registre Civil d

A 16 de JULIO
de 2025

(El Juez o la Jueza)
(El jutge o la jutgessa)



16 JUL. 2025

Registre d'entrada:

Hora:

1870-1871
1872-1873

1874-1875
1876-1877
1878-1879

1880-1881
1882-1883
1884-1885

1886-1887
1888-1889
1890-1891
1892-1893

1894-1895
1896-1897
1898-1899
1900-1901

1902-1903
1904-1905
1906-1907
1908-1909

1910-1911
1912-1913
1914-1915
1916-1917

1918-1919
1920-1921
1922-1923
1924-1925

1926-1927
1928-1929
1930-1931
1932-1933

1934-1935
1936-1937
1938-1939
1940-1941

1942-1943
1944-1945
1946-1947
1948-1949

1950-1951
1952-1953
1954-1955
1956-1957

1958-1959
1960-1961
1962-1963
1964-1965

1966-1967
1968-1969
1970-1971
1972-1973

1974-1975
1976-1977
1978-1979
1980-1981

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICAT MÈDIC DE DEFUNCIÓ

Colegio de

Col·legi de

074692982

Sello/Segell

Nº Certificado/Núm. certificat

D./Dña. CARLOS ALCIDES HERRERA GUARDADO

Sr./Sra.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en TARRAGONA

en Medicina i Cirurgia, col·legiat/ada a

y con ejercicio profesional en

i amb exercici professional a

TARRAGONA

, con el número
, amb el númeroColegio actual
Col·legi actualNº de colegiado/a
Núm. de col·legiat/ada

4306395

1ª colegiación
1a col·legiació

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO la defunció de

Nombre del fallecido/a:
Nom del difunt/a:

JOSEMANUEL

1º Apellido del fallecido/a:
1r. cognom del difunt/a:

ARCE

2º Apellido del fallecido/a:
2n. cognom del difunt/a:

SANJUAN

Fecha de nacimiento
Data de naixement

Día 15

Mes 05

Año 1946

Sexo:

Varón

Mujer

Sexe:

Home

Dona

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
DNI

Número:

33175976-4

Document
d'identitat:☐ Pasaporte
Passaport

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora i data de la defunció

Hora : minutos

Hora : minuts

07:00

Día 16

Mes 07

Año 2009

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / A quin municipi va tenir lloc la defunció?:

TARRAGONA

Domicilio particular
Domicili particular☐Centro hospitalario
Centre hospitalari☒Residencia socio-sanitaria
Residència socio-sanitària☐Lugar de trabajo
Lloc de treball☐Otro lugar
Altre lloc☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causes de defunció (vegeu instruccions a la pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Interval de temps aproximat

I. Causa inmediata / Causa immediata

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

Causas intermedias / Causes intermèdies

(b) NEUMONIA POR BROMOCASPIRACION

DISFAGIA

Debido a/A causa de

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

(c)

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

Causa inicial o fundamental / Causa inicial o fonamental

(d) PARKINSON

Debido a/A causa de

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

II. Otros procesos / Altres processos

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Hi ha hagut indicis de mort violenta?

Sí/Sí

No/No

¿Se practicó autopsia clínica? / Es va practicar autòpsia clínica?

Sí/Sí

No/No

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / La defunció s'ha produït com a conseqüència directa o indirecta de?:

Accidente de tráfico
Accident de trànsit

No/No

Accidente laboral
Accident laboral

No/No

Sí/Sí

Fecha del mismo:
Data d'aquest:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continua al revers

¿Existen riesgos infecciosos?/Hi ha riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/No ☐

Enfermedad infecciosa/Malaltia infecciosa

Grupo/Grup I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilitat d'incineració?

Sí/Sí ☐ No/No ☐

Incineración condicionada por:/Incineració condicionada per:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tractament amb isòtops radioactius
☐ Existencia de prótesis/Existència de pròtesis

En TARRAGONA, a 16 de JULIO de 2025
A , a de de

Firma del médico
Signatura del metge

[Firma]

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa inmediata** y se termine por la **causa inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "debido a" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

II

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruccions bàsiques de certificació:

L'OMS recomana que a l'hora d'omplir les causes de defunció comenceu per la **causa immediata** i acabeu per la **causa inicial o fonamental**, és a dir, en un ordre natural de dalt a baix, responant a les paraules "a causa de" que faciliten la comprensió del concepte de **seqüència lògica**, tan important per a la selecció de la causa bàsica de defunció.

Causa bàsica de defunció: "Malaltia o lesió que va iniciar la cadena de fets patològics que van conduir directament a la mort, o a les circumstàncies de l'accident o violència que va produir la lesió fatal".

1 Interval de temps aproximat

Anoteu el temps transcorregut entre el començament de cada afecció i el moment de la defunció, de manera que el temps anotat a l'apartat I.(a) sigui inferior o igual a I.(b), i aquest, alhora, inferior o igual a I.(c) i així successivament.

Aquestes unitats són mútuament excloents, és a dir, cal expressar el període en una única unitat de temps i només cal emplenar-ne una per procés i línia. Si calgués anotar més d'un procés en una línia, el temps anotat haurà de correspondre al primer procés informat (el més important).

Nota: Cada unitat de temps admet fins al número 99.

Exemple:

Per a un mes i mig, anotar 45 dies

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Anys

2 Causa immediata:

(a) Indiqueu la malaltia o estat patològic que va produir directament la mort. No es tracta d'indicar les modalitats de la mort, sinó la malaltia, el traumatisme o la complicació causant de la defunció.

Ejemplo: (a) Hemorràgia cerebral a causa de ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anys

3 Causes intermèdies:

(b) i (c) Estats morbosos, si n'hi hagués, que van produir la causa abans indicada.

Si l'estat patològic assenyalat a la línia (a) va ser conseqüència d'un o més estats morbosos, s'anotaran a la línia (b) o a les línies (b) i (c).

Ejemplo: (b) Hipertensió arterial a causa de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anys
(c) Pielonefritis crònica a causa de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anys

4 Causa inicial o fonamental:

(d) Malaltia o lesió que va iniciar els fets anteriorment esmentats que van conduir a la mort. S'anotará una única causa, la que hagi estat la desencadenant de tot el procés que ha portat a la defunció. En cas d'accident o violència, es farà una breu descripció de les circumstàncies.

Ejemplo: (d) Adenoma prostàtic ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Anys

II

5 Altres processos:

Altres estats patològics significatius que van contribuir a la mort, però no relacionats amb la malaltia o estat patològic que la va produir.

Ejemplo: Diabetes

Altres recomanacions ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Anys

1. Utilitzeu majúscules i preferentment bolígraf de tinta negra.
2. Eviteu abreviatures i/o sigles.
3. Certifiqueu malalties i síndromes sense ambigüitats.
4. Si cal, anotar més d'una malaltia a cada apartat, separeu-les clarament per comes.
5. Eviteu certificar entitats mal definides, signes i símptomes.

Nota: Les dues línies de quadrats previstes per a cada apartat s'han de considerar una sola línia i no s'han d'utilitzar per a establir ordre de causalitat.

Difunto: **JOSE MANUEL ARCE SAN JUAN**
 Fecha defunción: **16/07/2025** Hora defunción: **07:00**
 Causa defunción: **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

ACTA de

- ☐ Embalsamamiento
☐ Tanatopraxia
☒ Conservación temporal

Lugar realización
práctica:

TANATORIO MEMORA REUS - TGN

Fecha inicio práctica:

16/07/2025

Hora inicio:

15:30

Fecha final práctica:

16/07/2025

Hora fin:

17:30
Productos utilizados

- | | |
|---|--|
| ☒ Freedom art
Principio activo: Amonio cuaternario
N.CAS: 68424-85-1
N. CE: 270-325-2 | ☐ Plasdo 5
Principio activo: Formaldehído
N.CAS: 50-00-0
N. CE: 200-001-8 |
|---|--|

Técnicas aplicadas

(seleccionar las utilizadas)

- ☒ Inyección intraarterial
☐ Inyección intracavitaria
☒ Infiltración de grupos musculares mediante punción
☐ Uñción/aplicación sobre el cadáver
☒ Taponamiento orificios naturales
☐
☐

☒ **Doctor/a**

Ana Isabel Soler Villa
N. Colegiado 5963

☐ **Tanatopractor/a**

Designado para la realización de la práctica especificada en el difunto cuyos datos se han reseñado.

MANIFIESTA (marcar lo que corresponda)

- ☒ Que comprobada la defunción y el estado del cuerpo se ha realizado la conservación transitoria del cadáver, utilizando para ello los productos biocidas (PT22) relacionados, todos ellos incluidos en el anexo II del Reglamento (CE) 1451/2007 de la Comisión que modifica el Reglamento 2032/2003 y las técnicas descritas.
- ☐ Que el cadáver ha sido colocado en un ataúd hermético con revestimiento de zinc, soldado con estaño y lleva adosada una válvula depuradora de gases para ser trasladado sin peligro para la Salud Pública.
- ☒ Que el cadáver ha sido colocado en un ataúd hermético dentro de una bolsa sanitaria estanca y auto destructible para transporte de cadáveres. (BOE Núm. 83/ viernes 6 de abril de 2012 Sec. III Pág. 28088)

Por la presente CERTIFICO la práctica realizada.

Firma:

En **REUS**

fecha

16/07/2025

Médico Tanatólogo o Tanatopractor



Autorització Trasllat

Trasllat de cadàver

Atesa la sol·licitud de l'interessat, d'acord amb el que preveu el Decret 297/1997, de 25 de novembre i el Decret 2263/1974, de 20 de juliol, (Reglament de Policia Sanitària Mortuòria) i prèvia comprovació del compliment dels preceptius requisits legals i sanitaris, S'AUTORITZA, l'empresa funerària:

FUNERÀRIA:

FUNERÀRIA: Memora Serveis Funeraris del Camp, S.L

Traslado de cadáver

De acuerdo con la solicitud del interesado, lo previsto en el Decret 297/1997, de 25 de noviembre y el Decreto 2263/1974, de 20 de julio (Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria) y previa comprobación del cumplimiento de los preceptivos requisitos legales y sanitarios, SE AUTORIZA a la empresa funeraria:

per a procedir al trasllat del cadàver

para proceder al traslado del cadáver

ARCE SAN JUAN, JOSE MANUEL

mort/a a TARRAGONA, el dia 16 d juliol de 2025
fallecido/a en TARRAGONA, el día 16 de juliol de 2025

a causa INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
a causa INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

des de REUS província TARRAGONA
desde REUS provincia TARRAGONA

fins a SANTIAGO DE COMPOSTELA província LA CORUÑA
hasta SANTIAGO DE COMPOSTELA provincia LA CORUÑA

Cementiri CREMATORIO APOSTOL
Cementerio CREMATORIO APOSTOL

Condicions sanitàries del cadàver /

Condiciones sanitarias del cadáver

☒ Conservació transitòria ☐ Embalsamament ☐ Sense pràctica sanitària de conservació (*)
Conservación transitoria *Embalsamamiento* *Sin práctica sanitaria de conservación(*)*

Mitjans de transport Furgó fúnebre
Medios de transporte Furgó fúnebre

Termini per a la inhumació: el previst a l'art. 15 del Decreto 2263/1974, de 20 de juliol

Plazo para la inhumación: el previsto en el art. 15 del Decreto 2263/1974, de 20 de julio.

(*) Aquesta autorització no té validesa fins que no hagin transcorregut 24h de la defunció.

(*) Esta autorización no será válida hasta transcurridas 24 desde la defunción.

Tarragona 16 de juliol de 2025

La Subdirectora Regional al Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



Ana Bocio Sanz

Empresa de Serveis Funeraris:

Memora Serveis Funeraris del Camp, S.L

Alcalde de: TARRAGONA

Jutge de:

TARRAGONA

Responsable de Salut Pública de:

LA CORUÑA

Av. Reina Maria Cristina, 54

43002 Tarragona

Telf. 977224151

Adreça electrònica: 43proteccio.salut@gencat.cat

Autorització Tanatopràxies

Atesa la sol·licitud de l'interessat, d'acord amb el que preveu el Decret 297/1997, de 25 de novembre, de Policia Sanitària Mortuòria i prèvia comprovació del compliment dels preceptius requisits legals i sanitaris, S'AUTORITZA, l'empresa funerària:

FUNERÀRIA: Memora Serveis Funeraris del Camp, S.L

Per tal de realitzar la pràctica sanitària(*):

☒ Conservació transitòria ☐ Embalsamament ☐ Tanatoplàstia

Nom i cognoms del difunt ARCE SAN JUAN, JOSE MANUEL

Municipi de l'òbit TARRAGONA

Data de defunció 16/07/2025

(*) Aquesta autorització no té validesa fins que no hagin transcorregut 24h de la defunció.

Tarragona 16 de juliol de 2025

La Subdirectora Regional al Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



Ana Bocio Sanz

Empresa de Serveris Funeraris: Memora Serveis Funeraris del Camp, S.L

Av. Reina Maria Cristina, 54
43002 Tarragona
Telf. 977224151
Adreça electrònica: 43proteccio.salut@gencat.cat

