



ZAKŁAD POGRZEBOWY I KREMATORIUM ARKADIUSZ SZYMONIAK

ul. Mościckiego 37, 26-110 SKARŻYSKO-KAMIENNA

☎ 572 923 613, 510 845 980

email: krematoriumskarzynsko@op.pl

ZEZWOLENIE NA KREMACJĘ

Ja
(imię i nazwisko osoby zezwalającej na wykonanie kremacji) (nr PESEL)

zamieszkały(a)
(adres: miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr telefonu:
(stopień pokrewieństwa do osoby zmarłej)

udzielam zezwolenia na kremację osoby zmarłej

.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej) (data i miejsce urodzenia)

.....
(data i miejsce śmierci) (wiek osoby zmarłej) (nr aktu zgonu, nazwa urzędu w którym został zarejestrowany, data)

CZY OSOBA ZMARŁA POSIADA ROZRUSZNIK SERCA (TAK/NIE)

BĘDZIEMY KORZYSTAĆ Z SALI POŻEGNAŃ (TAK/NIE)

Oświadczam, że miałem(am) możliwość identyfikacji osoby zmarłej przed kremacją i potwierdzam, że jest to w/w osoba. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność w związku z udzieleniem niniejszego zezwolenia na kremację firmie Zakład Pogrzebowy i Krematorium Arkadiusz Szymoniak, a jakiegokolwiek roszczenia innych członków rodziny mogą być kierowane tylko w stosunku do mojej osoby.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w celu wykonania kremacji w/w osoby zmarłej. Zostałem(am) poinformowany(a), że zgodnie z rozporządzeniem parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE mam prawo do sprostowania, sprzeciwu lub usunięcia moich danych osobowych a także prawo do ograniczenia przetwarzania.

.....
(podpis i pieczęć firmy pogrzebowej) (miejscowość i data) (podpis osoby udzielającej zezwolenia)

*złożenie nieprawdziwego oświadczenia może spowodować odpowiedzialność cywilną za uszkodzenie pleca spowodowane eksplozją rozrusznika