

Zezwolenie na wykonanie kremacji

Dom Pogrzebowy Czyżak Wyszaków ul. Pułtuską 177

Kremujemy 24 h nr tel. 029 742 2557 nr fax. 029 742 57 90

e-mail: biuro@krematoriumwyszakow.pl www.krematoriumwyszakow.pl

Ja, PESEL.....
(nazwisko i imię osoby udzielającej zezwolenia na wykonanie kremacji)

legitymujący(a) się dowodem osobistym/paszportem seria....., numer.....

zamieszkały(a).....

numer telefonu.....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą.....

udzielam zezwolenia na wykonanie kremacji (spopielenie zwłok) osoby zmarłej

.....
(imiona i nazwisko osoby zmarłej)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(ostatnie miejsce zamieszkania)

.....
(data i miejsce zgonu)

.....
(nr aktu zgonu, organ wydający)

.....
(wiek osoby zmarłej)

.....
(przyczyna zgonu)

Oświadczam, że miałem/am przed kremacją możliwość potwierdzenia tożsamości osoby zmarłej. Jednocześnie potwierdzam, że jest to w/w osoba. Oświadczam, że biorę na siebie wszelką odpowiedzialność w związku z udzieleniem niniejszego zezwolenia firmie Dom Pogrzebowy Czyżak z siedzibą w Wyszakowie, a jakiegokolwiek roszczenia członków rodziny mogą być kierowane tylko w stosunku do mojej osoby.

Oświadczam również, iż w/w zmarły/a, którego/ej ciało zostanie spopielone, nie posiada przedmiotów szklanych, implantów radioaktywnych, silikonu oraz innych urządzeń podtrzymujących życie.

Zabrania się wkładania do trumny środków łatwopalnych lub wybuchowych oraz przedmiotów metalowych tj. opakowań metalowych, zapalniczek, opakowań po dezodorantach itp.

Wyrażam zgodę na zmianę godziny kremacji bez powiadamiania mnie w przypadku gdy rodzina nie będzie brała udziału w procesie kremacji.

Informuję, że będę korzystał z sali pożegnań przed kremacją **TAK / NIE** Data i godz. kremacji:.....

Informuje, że w/w osoba posiada/nie posiada rozrusznika serca

Wyrażam zgodę aby moje dane osobowe były przechowywane i przetwarzane w celu wykonania kremacji w/w osoby zmarłej. Zostałem/am poinformowany/na, 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)