

URNA C TRUMNA
..... C

miejscowość, data

ZEZWOLENIE NA KREMACJĘ

Ja, nr PESEL

imiona i nazwisko osoby udzielającej zezwolenia na kremację

legitymujący się (dowodem osobistym, paszportem): *(wypełniać, gdy nie podany nr PESEL)*

seria nr

adres zamieszkania */wypełniać w przypadku gdy faktura na osobę zezwalającą/*

ul., kod pocztowy miejscowość

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą : np. mąż, żona, syn, córka, osoba obca.

Udzielam zezwolenia na kremację-spopielenia zwłok (szczątków) osoby zmarłej:

...../00/AZ/2017/..... USC.....

imiona i nazwisko osoby zmarłej nr aktu zgonu /decyzji TSSE/

.....
data urodzenia.....
miejsce urodzenia.....
data zgonu.....
miejsce zgonu*/wypełnić w przypadku braku aktu zgonu/*

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję wewnętrzny regulamin realizacji wykonania
usługi kremacji podany na www.cremering.pl.

- | | |
|---|----------------------|
| 1. ROZRUSZNIK (osoba zmarła posiada): | 1. tak / nie. |
| 2. TABLICZKA (typowa z symbolami religijnymi) : | 2. tak / nie. |
| 3. Będziemy korzystać z Sali pożegnań: | 3. tak / nie. |
| 4. Obsługa krematorium ma zapewnić osobę duchowną: | 4. tak / nie. |
| 5. W przypadku braku oczekiwania na ceremonię, wyrażamy zgodę na dokonanie kremacji w czasie dogodnym dla krematorium: | 5. tak / nie. |
| 6. Wyrażam zgodę na podjęcie przez CREMERING niezbędnych Czynności celem wykonania kryształu pamięci | 6. tak / nie. |
| 7. Planowana godzina kremacji: | |

Jednocześnie upoważniam Podmiot gospodarczy , do załatwienia w moim imieniu i na mój rachunek formalności i czynności związanych z kremacją w krematorium „Cremering” /NIP/ 693 126 09 53.

.....
czytelny podpis osoby udzielającej zezwolenia i upoważnienia

Stwierdzam wiarygodność danych i podpisu osoby udzielającej zezwolenia i upoważnienia:
(Pieczęć firmowa upoważnionej firmy pogrzebowej).

.....
pieczęć firmy upoważnionej.....
czytelny podpis osoby w obecności, której sporządzono zezwolenie
i udzielono upoważnienia np. pracownika firmy pogrzebowej**ODBIORCĄ FAKTURY JEST:**

OSOBA ZEZWALAJĄCA FIRMA POGRZEBOWA INNA Imię: Nazwisko:
PESEL: Nr dowodu:
Adres:

Zleceniodawca oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016, poz. 922) w zakresie niezbędnym do realizacji przez Zleceniobiorcę procedur związanych z kremacją.