KREMATORIUM
WAŁBRZYCH

…....., dnia.....

.....
imię i nazwisko upoważniającego

.....
dokładny adres zamieszkania

.....
nr telefonu

U P O W A Ż N I E N I E

Ja niżej podpisany/a/.....
imię i nazwisko

legitymujący/a/ się dowodem osobistym nr …....

upoważniam przedstawiciela KREMATORIUM z siedzibą w Boguszów Gorce, ul. Łączna 3
NIP 8863018056 / REGON:520002663

do odbioru ciała zmarłego/ej/ :

.....
imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa

.....
podpis upoważniającego

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przygotowania i rozliczenia pogrzebu i czynności z nim związanych lub prac cmentarnych, przygotowania kalkulacji bądź analizy zlecenia, w celu przestrzegania przez **Krematorium** przepisów prawa oraz przepisów podatkowych, obsługi formularza kontaktowego, dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami.

Przyjmuje do wiadomości, że przysługuje mi prawo do uzyskania dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania oraz do wnoszenia skarg na podst. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (2016/78) z dn.. 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Administratorem danych jest **krematorium z Siedzibą w Boguszów Gorce przy ul. Łączna 3**

…….
data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę

……
stwierdzam własnoręczność
podpisu